

# Engelgeschenke - Heilpraxis für Hypnose, Energetische- & Spirituelle Heilweisen

Sylke Peters (Heilpraktikerin) - Wiener Platz 9 - 18069 Rostock

Telefon 0381-2949717 - info@engelgeschenke.com

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und insbesondere aufrichtig aus. **Es geht um Sie!** Die Beschäftigung mit einem Teil der Fragen im Vorfeld bringt dem Patienten/ Klienten oftmals Erkenntnisse oder Klarheit über seine Situation und Haltung. Fragen die Sie nicht beantworten können, lassen Sie sie einfach offen. Falls **Sie** Fragen haben, kontaktieren Sie mich oder vermerken diese in dem vorgesehenen Feld, damit wir Diese klären können! Bitte senden Sie mir den Fragebogen vor der Sitzung per Mail zurück oder bringen ihn zum vereinbarten Termin mit. Dort werden wir die Fragen noch gemeinsam durchgehen um eine bestmögliche Zusammenarbeit zu erzielen.

**Die erfassten Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!**

**Anleitung zum Speichern des ausgefüllten Fragebogens:** Um den ausgefüllbare Formular lässt sich so nicht speichern. Zum Abspeichern Ihrer Angaben gehen Sie bitte im Menü auf „Datei“, weiter auf „Drucken“, wählen Sie als **Drucker „PDF“**. Das erstellte PDF Dokument können Sie dann für sich speichern und per Email zurücksenden an: info@engelgeschenke.com

Vielen Dank im Voraus für Ihr Vertrauen!

## Erfassungsbogen für Behandlungen

### Kontaktdaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon Festnetz:

Mobil:

Anderes:

E-Mail:

Beruf:

Datum und Uhrzeit des vereinbarten Termins:

### Familiengeschichte

Familienstand:

Vorname Partner(in):

Vorname Ex-Partner(in):

**Haben Sie Kinder?**

Name und Geburtsjahr der Kinder

1.

4.

2.

5.

3.

6.

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja

Nein

**Gibt es verlorene, verstorbene Kinder, Abort, wenn ja, wann?**

1.

3.

2.

4.



Gab es wiederholte Aussagen, die über Sie getätigt wurden? Du bist....

- 1.
- 2.
- 3.

Gib es etwas, das zu Ihnen gesagt wurde, an das Sie sich heute noch erinnern?

Typische Leitsprüche in Ihrer Familie? (z.B. ohne Fleiß kein Preis):

Wurden Sie als Kind alleine in die Ferien, Kinderheim, etc. „verschickt“? Ja  Nein

Negative Erlebnisse in Ihrer Kindheit, an die Sie sich noch erinnern?

Sonstige einschneidenden Erlebnisse gab es im Verlauf Ihres Lebens?

Gab es Todesfälle, die Sie sehr getroffen haben? Wer, wann (in welchem Alter waren Sie)?

Welche Menschen haben Sie in Ihrem Leben am meisten verletzt/ enttäuscht:

Mutter  Vater  Andere:

*Lebenseinstellung/ Weltbild*

Was ist für Sie das Wichtigste im Leben?

Ihr persönlicher Lieblings-/ Kraftort:

Glauben Sie an eine höhere Macht/ Gott?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>
Sind Sie religiös/ spirituell?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Etwas <input type="checkbox"/>
Glauben Sie an Wiedergeburt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>
Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>
Glauben Sie an Schicksal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>

Was glauben Sie, ist der Sinn des Lebens?

Eigene Anmerkungen:

## Medizinische Klientengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie

Ja

Nein

Seelisch

psychisch

körperlich

Wenn ja, warum?

Leiden /litten Sie an Langzeiterkrankungen?

Ja, seit:

Nein

Wenn ja, welche?

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten

Ja

Nein

Diabetes

Ja

Nein

Thrombose

Ja

Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Ja

Nein

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

Gab es in der vergangenen Woche Gebrauch von Drogen, Sucht- und Genussmitteln (außer Tabak, z.B. Cannabis)?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie:

Ja

Nein

letzter Anfall:

Starkes Asthma:

Ja

Nein

Sonstige Anfallserkrankung:

Ja

Nein

Falls ja, welche?

Schizophrenie

Ja

Nein

Gibt es andauernde starke Schmerzen:

Ja

Nein

Falls ja, welche:

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie stark sind die Schmerzen? ( 1= gering, 10 = sehr stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann bestehen die Schmerzen?

Bei welchem Wert würde sich deine Lebensqualität verbessern:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Erhebliche Kreislaufprobleme:** Ja Nein Etwas

Der **Blutdruck** ist: normal zu hoch zu niedrig

Medikamente:

**Ansteckende Erkrankungen** (z.B. Hepatitis B/C, HIV, etc.): Ja Nein

Falls ja, welche?

**Herz-Erkrankungen:** Ja Nein

Falls ja, welche:

Medikamente:

**Probleme mit Schultern, Armen, Nacken oder Händen, Handgelenken:** Ja Nein

Falls ja, welche:

**Schwere körperliche Erkrankungen:** Ja Nein

Falls ja, welche:

**Körperliche oder geistige Behinderung:** Ja Nein

Falls ja, welche:

**In Behandlung beim Psychiater oder Neurologen:** Ja Nein

Da wir gegebenenfalls mit Hypnose arbeiten: Haben Sie mit Ihrem Therapeuten über Hypnosetherapie gesprochen und hat dieser sein Einverständnis gegeben?

Ja Nein

**Schwere psychische Erkrankung (Psychose):** Ja Nein

Falls ja, welche:

**Abhängigkeit von Medikamenten:** Ja Nein

Falls ja, welche:

**Drogenabhängigkeit (außer Tabak):** Ja Nein

Falls ja, welche:

**Alkoholabhängigkeit:** Ja Nein Früher

ADS

ADHS

HKS ( Hyperkinetische Störung):

**Haben Sie ein Problem mit - Angst vor - Vorliebe für:**

**Strand:** Ja Nein Mag ich sehr

**Höhe:** Ja Nein Mag ich sehr

**Wald:** Ja Nein Mag ich sehr

**Wiese:** Ja Nein Mag ich sehr

**Rolltreppe:** Ja Nein

**Fahrstuhl:** Ja Nein

**Tiere: Hund: Katze: Anderes:**

**Anderes:**

## Angaben zum Problem und zum Ziel unserer Zusammenarbeit

Wegen welcher Anliegen, Themen, Probleme kommen Sie in die Praxis, Hypnosetherapie?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Was haben Sie schon unternommen, um diese Probleme zu lösen/ lindern?

Nichts

Hausarzt

Psychologe

Psychiater

Kinesiologie

Anderes:

Ergebnis dieser Behandlungen:

Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht sich das Leben zu nehmen oder einen Suizid versucht:

Ja

Nein

Wenn ja, wann:

Suizidversuch:

Hauptgrund für die Sitzung / Thema:

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie stark ist Ihr Problem? (1= niedrig, 10= extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Therapieziel/e

Welches Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen? Bitte beschreiben Sie, was die **wichtigste Veränderung ist, die Sie mit Hypnose, dem Yager-Code oder der Sitzung erreichen wollen.**

Beschreiben Sie diese Veränderung so klar und vollständig wie möglich. (z.B.: Ich kann...; ich bin...; ich fühle mich...)

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit und denken Sie über die Vorteile nach, die Sie durch diese wichtige Veränderung in Ihrem Leben erreichen. Zum Beispiel: Wie sich diese Veränderung auf Ihre Arbeit auswirkt, Ihr Privatleben, ihre Beziehungen, wie andere Menschen Sie wahrnehmen, wie Sie sich dadurch fühlen, usw.

**Bitte schreiben Sie mindestens sieben Vorteile auf.** Es ist eine Hilfe, wenn diese Vorteile positiv formuliert werden, also z.B. statt „Ich habe keine Angst mehr“: „Ich fühle mich frei und sicher.“

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

**Wie war Ihr emotionales Befinden VOR dem ersten Auftreten des Problems?**

**Wann tritt das Problem auf?**

**Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?**

**Beschreiben Sie mir die körperlichen Symptome (wenn das Problem auftritt):**

**Fällt Ihnen eine Metapher dazu ein? Es ist so als ob...**

**Gibt es Faktoren die Ihr Problem in der Vergangenheit verstärkten (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse) ?**

**oder linderten? Beschreiben Sie ein Beispiel:**

**Wozu zwingt Sie Ihr Problem?**

**Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?**

**Was würden Sie verlieren, wenn Ihr Problem behoben wäre? (z.B., Mitgefühl, Beachtung, Kümmern,...)**

**Wer hat Nachteile davon, wenn Ihr Problem sich aufgelöst hat?**

**Gibt negative Konsequenzen wenn Ihr Problem behoben wäre, die Ihnen einfallen?**  
(Rentenantrag wird abgelehnt; wieder arbeiten müssen;...)

**Wie sehr sind Sie bereit Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen? (1 = wenig, 10 = viel)**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**Wie sehr sind Sie bereit mit Ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen? (1= wenig, 10= sehr stark)**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**Wodurch können Sie eindeutig erkennen, dass das Problem behoben ist?**

**Raum für Ihre Fragen, Bedenken und eigenen Anmerkungen :**

## Belehrung und Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, über die angewandten Verfahren, wie Hypnose, Yager Code, etc. aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.

Ich erlaube die Behandlung durchzuführen.

Als Hypnotiseurin und Anwenderin der Therapeutischen Verfahren diagnostiziert Frau Sylke Peters keine somatischen Krankheiten und macht keine Heilversprechungen.

Auch in meinem Fall ist dies nicht geschehen.

Die angewandten Verfahren ersetzen nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung.

Mir wurde in keiner Form oder Art und Weise davon abgeraten ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.

Mir ist bewusst, dass generell an der Stärkung meiner Gesundheit und Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte gearbeitet wird.

## Vor der Hypnose

**Harte Kontaktlinsen:** Bitte nimm diese vor der Sitzung raus, damit du dich besser entspannen kannst.

**Toilette:** Vor der Hypnosetherapie falls notwendig bitte noch auf die Toilette gehen.

**Kaugummi:** Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen.

**Handy:** Bitte schalte dein Handy ganz aus.

**Rauschmittel:** Kein Alkohol-/Drogenkonsum vor der Sitzung!

**Honorarvereinbarung:** (Bezahlung pro Sitzung): **Einzelsitzung pro Stunde 80,00 Euro.**

**Die Sitzungen sind als Privatleistungen in voller Höhe beim jeweiligen Termin zu bezahlen.**

Auf Wunsch erhalten Sie nach der Behandlung eine Rechnung nach den Ziffern der GebüH oder eine Rechnung/Quittung zur Einreichung beim Finanzamt. **Gesetzliche Krankenkassen erstatten die Kosten nicht.**

**Privatversicherte oder zusatzversicherte Personen klären in eigener Zuständigkeit mögliche Teil-/ Erstattungen.** Bitte bedenken Sie, dass auf der Rechnung für eine Krankenkasse eine Diagnose nach ICD-10 aufgeführt werden muss. Diese wird in Ihren Unterlagen gespeichert und kann bei Versicherungswechsel zu Erhöhung der Beiträge oder anderen Problemen führen. Ausgestellten Belege müssen in Eigenverantwortung bei Ihrem Versicherer eingereicht werden. Die Abrechnung nach GebüH stellt keine Garantie für eine Kostenerstattung dar. Der Patient/ Klient wurde über diesen Sachverhalt aufgeklärt und bestätigt das mit der Unterschrift dieses Formulars.

**Datenschutz:** Nach geltendem Recht des Heilpraktikergesetzes und um eine wirksame Therapie durchzuführen ist es unerlässlich, dass ich, wie in diesem Formular, Daten und Informationen abfrage und archiviere. Dazu gehören auch in und nach den Sitzungen geführte Unterlagen und Notizen, sowie falls gewünscht

Mitschnitte von Sitzungen. Personenbezogene Daten und Informationen werden von mir mit höchstem Respekt behandelt und sicher verwahrt.

Kontakt per E-Mail (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt: **Ja** **Nein**

**Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Therapievereinbarung und zum Umgang mit Ihren Daten und Informationen.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(-in)/ Klient(-in), ges. Vertreter