



## Erfassungsbogen

Zur Vorbereitung auf unseren Termin möchte ich Sie gern bitten, im Vorfeld folgenden Erfassungsbogen auszufüllen und spätestens 48 Stunden vor dem Termin an [contact@4lifeflow.com](mailto:contact@4lifeflow.com) zu übersenden. Falls nötig, benutzen Sie gern ein Extrablatt für Ihre Anmerkungen. Besten Dank. Ich freue mich auf unser Kennenlernen.

### Personendaten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

### Behandlungsziele

Grund des Besuchs:

Hauptziel der Behandlung:

Nebenziele der Behandlung (falls vorhanden):



Seit wann besteht das zu behandelnde Thema?

Wie äußert es sich genau?

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse)?

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf das Behandlungsthema (Partner, Kollegen, Chef, Familie)?

### Gesundheitliche Situation

Bestehen derzeit noch andere aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft)?

Werden zurzeit ärztlich verordnete Medikamente eingenommen (bitte alle angeben)? Gegen was und wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt?



Welche frei verkäuflichen Arzneimittel und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein und in welcher Dosierung?

Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen (z.B. Ibuprofen) ein? Wenn ja, wie regelmäßig und in welcher Dosierung?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Leiden Sie unter einer Anfallskrankheit (Epilepsie)?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Herzinfarkt?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schlaganfall?

Haben Sie andere Herzerkrankungen?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Thrombose?

Leiden Sie unter einer neurologischen Erkrankung?



Haben Sie eine psychische Erkrankung?

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation? Wenn ja, welche?

Wurde schon einmal aus irgendeinem Grund eine Psychotherapie besucht? Wenn ja, weshalb und wie waren die Ergebnisse?

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund?

Wurde konkret für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie angeraten oder durchgeführt? Wie waren die Ergebnisse?

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Existieren psychische Erkrankungen in der Familie oder treten andere Erkrankungen in der Familie besonders häufig auf?



## Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie – wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol – wenn ja, wie häufig und wie viel?

Nehmen Sie Drogen ein oder haben Sie früher Drogen eingenommen?

Bewerten Sie bitte auf einer Skala von 0-10 (0 ist das Minimum, 10 das Maximum) Ihr derzeitiges allgemeines Stresslevel und benennen Sie die Hauptursachen des Stress, falls vorhanden.

Machen Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

Wie sind Ihre typischen Schlafenszeiten? Kommen Sie mit diesen gut zurecht?

Wie ernähren Sie sich (regelmäßig / gesund / ausgewogen)?

Bekommen Sie genug Licht/Sonne? (evtl. saisonal abhängige Depressionen in der Winterzeit oder bei Büroangestellten?)



Befinden Sie sich in einer Beziehung? Bestehen hierin oder generell im familiären Bereich aktuelle Krisen oder Unzufriedenheit?

Haben Sie bereits in der Vergangenheit Entspannungstechniken kennengelernt und/oder wenden diese eventuell für sich bereits an? Wenn ja, welche Techniken und wie oft (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Selbsthypnose)?

### Fragen zur Selbsteinschätzung

Was machen Sie gerne in der Freizeit?

Wie ist die aktuelle Lebenssituation. (z.B. Familie getrennt, intakt ; Kinder ; Single)?

Wie denken Sie über sich und wie denken Sie über ihre Lebenssituation?

Was meinen Sie, was andere über Sie denken?



Wenn Sie sich aus der Vogelperspektive heraus betrachten, wie würden Sie über sich denken?

Machen Sie Dinge oder Tätigkeiten, die Sie eigentlich gar nicht machen möchten? Leiden Sie deshalb gedanklich?

### Fragen zur Vergangenheit

Gab es bei Ihrer Geburt Komplikationen? Wenn ja, welche?

Gab es vor Ihrer Geburt Unfälle, Streitereien, Trennungen, Schreckerlebnisse?

Gab es in Ihrer Kindheit Unfälle, Streitereien, Trennungen, Schreckerlebnisse?

Gab es in Ihrer Kindheit Krankenhausaufenthalte?



Wie fühlten Sie sich als Kind / Jugendlicher / Erwachsener behandelt? Gab es Ungerechtigkeiten, Wertlosigkeitsgefühle?

### Ihre Vorlieben

Was sind Ihre Lieblingsfarben?

Welche Farben gefallen Ihnen überhaupt nicht?

Fliegen Sie gerne?

Lieben Sie die See, das Meer und den Strand?

Fahren Sie lieber ans Meer oder in die Berge?

Mögen Sie die Kälte oder lieben Sie die Wärme?

Was ist Ihnen sonst noch wichtig, damit Sie sich vollkommen wohlfühlen?





## Fragen zur Hypnose

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert? Wenn ja, wie war das und wie ist der Kollege vorgegangen?

Haben Sie selbst Kenntnisse in einer Therapie- oder Coaching-Methode oder in einer meditativen Anwendung (NLP, Mentaltraining, Selbsthypnose, Yoga u.ä.) und dadurch ggf. auch Trance-Erfahrung?

Sind Sie bereits über einen Ablauf einer Hypnose-Behandlung informiert und wissen Sie, worauf Sie selbst dabei achten sollten (siehe Broschüre „Aufklärungsbogen für Ihre Hypnose-Behandlung“)?

Wie stellen Sie sich eine Hypnosebehandlung nach Ihren aktuellen Kenntnissen vor?

Gibt es etwas, was der Behandler besonders beachten sollte (sollte er etwas unbedingt tun oder sollte er etwas unbedingt vermeiden)?

Quelle: TherMedius®



**Abschließende und Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO**

Alle gemachten Angaben dienen einer individuell auf Sie abgestimmten Behandlungs- und Beratungsplanung und werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt. Alle erfassten Daten unterliegen der Schweigepflicht und Diskretion.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch 4lifeflow, bzw. Frau Katja Palinsky, zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an [contact@4lifeflow.com](mailto:contact@4lifeflow.com) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Frau Katja Palinsky (die Behandlerin) die Behandlung auf rein nichtmedizinischer Basis anbietet und keinerlei Krankheiten diagnostiziert oder behandelt werden. Für die Behandlung von Krankheiten sollte unbedingt ein Arzt oder Heilpraktiker aufgesucht werden.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Die Broschüren „Aufklärungsbogen für Ihre Hypnose-Behandlung“ und „Kontraindikationen für eine Hypnose“ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

-----  
Unterschrift des Klienten

-----  
Unterschrift der Behandlerin