

Heilpraktiker für Psychotherapie und Hypnose
Verena Kretschmer
Reußenländer Str.42
08525 / Plauen

Fragebogen zur Gewichtsreduktion mit Hypnose

Hinweis: Dieser Fragebogen ist ergänzend zum Basis-Erfassungsbogen mit den Angaben zur gesundheitlichen Situation und der Klärung der Kontraindikationen anzuwenden

Erfassungsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

1. Warum möchten Sie abnehmen?
2. Was ist Ihr Ziel Gewicht?
3. Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?
4. Haben Sie schon einmal Diäten oder Ähnliches ausprobiert? Wenn ja, was?
5. Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?
6. Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

7. Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)

8. Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?

9. Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)?

10. Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag
Essverhalten (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

11. Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und wie?

12. Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftsessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?

13. Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

14. Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

15. Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

16. Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?

17. Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?
18. Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?
19. Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie oft pro Woche?
20. Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?
21. Wie viel Wasser trinken Sie täglich?
22. Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?
23. Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?
24. Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist? (Abgleich auch über den gesundheitlichen Erfassungsbogen möglich)
25. Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.) Was glauben Sie ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers

