

Hypnosepraxis Ute Neehoff

Hypnose-Therapie- und Coaching

Bertolt-Brecht-Allee 24, D-01309 Dresden
Tel. 0351/2159515 (mit Anrufbeantworter/Ich rufe zurück, falls Sie mich nicht erreichen.)
E-Mail: info@hypnosepraxis-neeoff.de

FRAGEBOGEN

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.
Mit der ehrlichen Beantwortung der Fragen beginnt die gewünschte Veränderung. Versuchen Sie,
kurz und knapp das Wesentliche zu benennen.
Sollte ich ausführlichere Informationen brauchen, sprechen wir darüber.

Name:

vollständige Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Homepage:

momentan ausgeübte Tätigkeit:

<p style="text-align: center;">Ihr Anliegen/Ziel – das A und O, damit es leicht geht („Nachdem wir unser Ziel aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen.“ Mark Twain)</p> <p>Was möchten Sie verändern (denken, fühlen, handeln)? Beginnen Sie mit den wichtigsten Anliegen.</p> <p>1.</p>
<p>Wie haben Sie bisher versucht, sich selber zu helfen?</p>

Wie viel **ZUFRIEDENHEIT** und **LEBENSFREUDE** empfinden Sie in folgenden Bereichen auf einer Skala von 1 (= völlig unzufrieden) bis 10 (= völlig zufrieden)?

Gesundheit	<input type="checkbox"/>	Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	familiäre Situation	<input type="checkbox"/>
berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	Wohn-Situation	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	Beziehungen	<input type="checkbox"/>	Freizeit/Hobbys	<input type="checkbox"/>

HEUTIGES BEFINDEN: Fühlen Sie sich oft...

traurig	<input type="checkbox"/>	deprimiert	<input type="checkbox"/>	ärgerlich	<input type="checkbox"/>	wütend	<input type="checkbox"/>
gestresst	<input type="checkbox"/>	unter Druck	<input type="checkbox"/>	schuldig	<input type="checkbox"/>	voller Angst	<input type="checkbox"/>
machtlos	<input type="checkbox"/>	hilflos	<input type="checkbox"/>	unsicher	<input type="checkbox"/>	orientierungslos	<input type="checkbox"/>

Gibt es immer wiederkehrende Gedankenmuster, die Sie belasten? Was tun Sie evtl., um gegenzusteuern?
Gibt es immer wiederkehrende Gefühle, die Sie belasten? Was tun Sie evtl., um gegenzusteuern?
Gibt es immer wiederkehrende Verhaltensmuster, die Sie belasten? (z.B. Süchte, Zwänge) Was tun/denken Sie, bevor Sie diesen nachgeben? Gelingt es Ihnen gelegentlich, zu widerstehen?
Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wann und wie?
Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wann?

IHRE PERSÖNLICHE GESCHICHTE:

In welchem Ort sind Sie aufgewachsen?
(falls mehrere Orte, bitte alle erwähnen, inkl. Jahr des Umzugs)

Gab es schmerzliche Trennungen von Menschen und Orten durch diese Umzüge?

Bei wem sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Pflegeeltern, Großeltern)?

IHRE MUTTER

Name:

Kose-Name in der Kindheit (Mama, Mami...):

Geb.-Datum:

Beruf:

bereits gestorben?

Datum:

Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:

Todesursache:

Wie waren die Lebensumstände Ihrer Mutter während der Schwangerschaft?

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Waren Sie ein Wunschkind?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter in der Kindheit (vor der Pubertät/ca. 0 – 12 Jahre)? Wie war ihr Erziehungsstil?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter in der Jugend (nach der Pubertät/ca.12–18 Jahre)?

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter im Erwachsenenalter?

Welche Erlebnisse mit Ihrer Mutter prägen Sie heute noch?

Wie würden Sie Ihre Mutter in zwei bis drei Sätzen beschreiben?

Gab es Zeiten, in denen Sie als Kind von Ihrer Mutter länger als 3 Tage getrennt waren?
(z.B. durch Krankenhausaufenthalt, Reisen etc.)

IHR VATER

Name:

Kose-Name in der Kindheit (Papa, Vati...):

Geb.-Datum:

Beruf:

bereits gestorben?

Datum:

Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:

Todesursache:

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater in der Kindheit (vor der Pubertät/ca. 0 – 12 Jahre)? Wie war sein Erziehungsstil?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater in der Jugend (nach der Pubertät/ca.12–18 Jahre)?

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater im Erwachsenenalter?

Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie heute noch?

Wie würden Sie Ihren Vater in zwei bis drei Sätzen beschreiben?

DIE BEZIEHUNG IHRER ELTERN

Wie alt waren Ihre Eltern als sie geheiratet haben? Wie lange kannten sie sich? Hatten Ihre Eltern das Einverständnis der Familien?

Wie haben Sie die Beziehung der Eltern in Ihrer Kindheit erlebt? Welche Einstellung hatten Ihre Eltern zur Sexualität? Gab es sexuelle Anzüglichkeiten/Mißbrauch?

Gab es frühere Ehepartner, Verlobte oder wichtige Lieben bei Mutter oder Vater?

Geschwister (auch Halbgeschwister angeben)

Wie viele Geschwister haben Sie?
Sie sind der/die wievielte in der Geschwister-Reihe?

1. Geschwister/Name:
Geb.-Datum:

Beruf:
bereits gestorben? Datum: Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:

Todesursache:

Hat Ihr Geschwister ein schweres Schicksal? (z.B. Unfall, schwere Krankheit)?

Wie war Ihr Verhältnis in der Kindheit/Jugend?

Wie ist/war Ihr Verhältnis im Erwachsenenalter?

2. Geschwister/Name:
Geb.-Datum:

Beruf:
bereits gestorben? Datum: Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:

Todesursache:

Hat Ihr Geschwister ein schweres Schicksal? (z.B. Unfall, schwere Krankheit)?

Wie war Ihr Verhältnis in der Kindheit/Jugend?

Wie ist/war Ihr Verhältnis im Erwachsenenalter?

3. Geschwister/Name:
Geb.-Datum:

Beruf:
bereits gestorben? Datum: Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:

Todesursache:

Hat Ihr Geschwister ein schweres Schicksal? (z.B. Unfall, schwere Krankheit)?

Wie war Ihr Verhältnis in der Kindheit/Jugend?

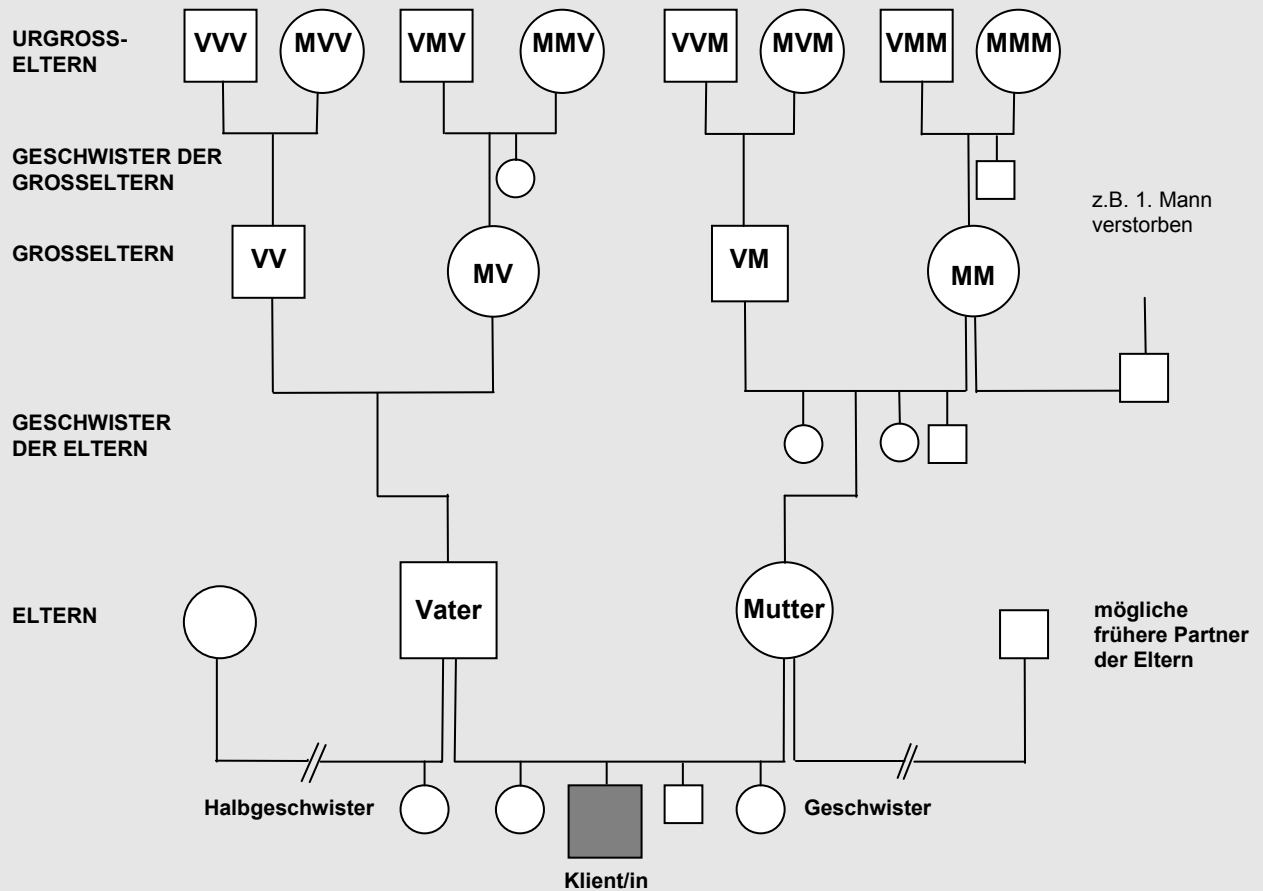
Wie ist/war Ihr Verhältnis im Erwachsenenalter?

Gab oder gibt es Erbstreitigkeiten unter den Geschwistern?

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen Ihrer Mutter bekannt?

IHRE HERKUNFTSFAMILIE

Zeichnen Sie bitte einen **Stammbaum** nach folgender Vorlage auf einem extra Blatt, damit Sie einen Überblick über Ihre Vorfahren bekommen.



Schwere Schicksale?

- Gibt es früh Verstorbene (auch Totgeburten)?
- Starben Familienmitglieder im Krieg?
- Starb eine Frau an den Folgen der Geburt oder trug sie schwere Schäden davon?
- Gab es tragische Unfälle?
- Hat ein Mitglied der Familie Schuld auf sich geladen?
z.B. durch Mord, Totschlag, sexuellen Mißbrauch, Aktivitäten im Nationalsozialismus, unrechtmäßige Ver- oder Beerbung oder Geschäfte?
- Hat jemand in der Familie Selbstmord begangen?
- Wurde jemand Opfer eines Verbrechens?
- War jemand körperlich oder geistig behindert, in der Psychiatrie oder im Gefängnis?
- Ging jemand Bankrott, ist ausgewandert, war homosexuell, Alkoholiker oder ist jemand auf andere Weise aus der Familie ausgeschlossen worden?
- Wurde ein Kind früh an Pflegeeltern oder Verwandte weggegeben?
- Wurde jemand aus seiner Heimat vertrieben oder ist von dort geflohen?
- Gibt es Familiengeheimnisse?

Ihre mütterliche Ahnenlinie		
Ihre Großmutter mütterlicherseits: Mutter der Mutter (MM)		
Name:		
Kosenname (Oma, Omi...)		
Geb.-Datum:		
Beruf:		
bereits gestorben?	Datum:	Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:
Todesursache:		
Wie war Ihr Verhältnis zu ihr?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in ihrem Leben (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in ihrer Ahnenlinie (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		
Ihr Großvater mütterlicherseits: Vater der Mutter (VM)		
Name:		
Kosenname (Opa, Opi...)		
Geb.-Datum:		
Beruf:		
bereits gestorben?	Datum:	Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:
Todesursache:		
Wie war Ihr Verhältnis zu ihm?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in seinem Leben (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		

Gab es schwere Schicksalsschläge in seiner Ahnenlinie (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?

Ihre väterliche Ahnenlinie		
Ihre Großmutter väterlicherseits: Mutter des Vaters (MV)		
Name:		
Kosename (Oma, Omi...)		
Geb.-Datum:		
Beruf:		
bereits gestorben?	Datum:	Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:
Todesursache:		
Wie war Ihr Verhältnis zu ihr?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in ihrem Leben (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in ihrer Ahnenlinie (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		
Ihr Großvater väterlicherseits: Vater des Vaters (VV)		
Name:		
Kosename (Opa, Opi...)		
Geb.-Datum:		
Beruf:		
bereits gestorben?	Datum:	Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt:
Todesursache:		
Wie war Ihr Verhältnis zu ihm?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in seinem Leben (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		
Gab es schwere Schicksalsschläge in seiner Ahnenlinie (siehe Erläuterungen unter dem Stammbaum)?		



Lebenspartner

Sind Sie derzeit in einer Partnerschaft? Wenn ja, seit wann?

Name des/r heutigen Lebenspartners/Lebenspartnerin:

Verheiratet? Seit wann?

Haben Sie gemeinsame Kinder? (Name und Alter)

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Wie geht es Ihnen mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? Gibt es Probleme/Konflikte?

Frühere Lebenspartner, beginnend mit der ersten wichtigen Beziehung

Name:

Beziehung von – bis:

Verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? (ich, er/sie, wir gemeinsam):

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt/unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Name:

Beziehung von – bis:

Verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? (ich, er/sie, wir gemeinsam):

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt/unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Name:

Beziehung von – bis:
Verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? (ich, er/sie, wir gemeinsam):

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt/unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Name:

Beziehung von – bis:
Verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? (ich, er/sie, wir gemeinsam):

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt/unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Name:

Beziehung von – bis:
Verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? (ich, er/sie, wir gemeinsam):

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt/unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

**Kinder (Beginnen Sie mit dem ältesten Kind.)
Für weitere Kinder Spalten einfügen.**

Name: Kosename: Alter: geb. am:

Wie war Ihre Beziehung zu diesem Kind in dessen Kindheit?

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind heute?

Name: Kosename: Alter: geb. am:

Wie war Ihre Beziehung zu diesem Kind in dessen Kindheit?

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind heute?

Name: Kosename: Alter: geb. am:

Wie war Ihre Beziehung zu diesem Kind in dessen Kindheit?

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind heute?

Ausbildung/Arbeit

Welche Schulen/Ausbildungen haben Sie absolviert?
Datum, Ausbildungsart, Haben Sie diese Zeit als glücklich erlebt? Gab es traumatische Erlebnisse?

Welchen Berufswunsch hatten Sie vor Beginn der Ausbildung? War es Ihr eigener oder der Ihrer Eltern?

Ihre bisherigen Arbeitsstellen (Tätigkeit, Dauer)

Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit. Sind Sie damit glücklich? Wieviel arbeiten Sie? Haben Sie Veränderungswünsche?

Was machen Sie in Ihrer **Freizeit** am liebsten, was nicht so gern?

Gehören Sie einer **Religion** o.ä. an? Wo oder wie finden Sie seelischen Beistand?

Ihr körperlicher Zustand

Was tun Sie, um körperlich fit zu sein? Was tun Sie für Ihr leibliches Wohl? Wie ernähren Sie sich? Schlafen Sie ausreichend?

Welche ärztlichen Diagnosen/Behandlungen gab es? (außer Routineuntersuchungen) Hatten Sie Unfälle, Operationen, schwere Krankheiten?
Welche Substanzen, Medikamente nehmen Sie? In welcher Menge?
Medikamente
Drogen
Alkohol
Zigaretten
Kaffee/Tee
Haben Sie Amalgamfüllungen? Wurden welche entfernt? Haben Sie ausgeleitet?
Äußere Umstände
Gibt es Umstände/Situationen, in denen Ihre Probleme zunehmen?
Gibt es Umstände/Situationen, in denen sich Ihre Probleme verringern oder leichter zu ertragen sind?

Was vermeiden Sie im Leben? Wobei fühlen Sie sich besonders schlecht? In welchen Situationen fühlen Sie sich besonders hilflos? Gibt es Überforderungen/Überlastungen?

Gab/gibt es in Ihrem Leben traumatische Erlebnisse, die bis jetzt nicht erwähnt wurden? (Miterleben von Gewalt an anderen, Naturkatastrophen, Unfälle, Verlustgefühle, Geburtstrauma oder andere für Sie belastende Ereignisse)

Hatten Ihnen nahestehende Menschen schwere Schicksalsschläge oder Belastungen, die noch nicht erwähnt wurden?

Ihre Ressourcen

Ich kann mein Ziel erreichen, weil ich jemand bin, der... (3 Faktoren)

Ich kann mein Ziel erreichen, weil ich folgende schwierige Dinge geschafft habe... (3 Beispiele)

Worauf sind Sie stolz? Wofür lieben und wertschätzen Sie sich?

Ihr Problembewußtsein

Was ist Ihnen über die Ursachen und Zusammenhänge Ihrer Probleme bekannt? (Was sagen andere dazu? Wer hilft Ihnen? Worauf könnte Sie Ihr Problem aufmerksam machen? Woran hindert Sie Ihr Problem? Dient es Ihnen gelegentlich als Ausrede?)

Wer außer Ihnen könnte von unserer gemeinsamen Arbeit profitieren?
Warum suchen Sie gerade jetzt Unterstützung?
Welche Wünsche/Ängste haben Sie in Bezug auf mich und unsere gemeinsame Arbeit?
Was ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens deutlicher oder bewußter geworden? In welchem Bereich geht es Ihnen evtl. schon ein kleines bißchen besser?
Welche Veränderungsschritte kosten am wenigsten Mut?
Welche Veränderungsschritte kosten am meisten Mut?
Sie haben es geschafft! Wieviel Zeit haben Sie investiert? Wie fühlen Sie sich jetzt? Gibt es noch etwas, was ich wissen sollte?