

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: _____

Warum möchten Sie abnehmen? _____

Was ist Ihr Ziel Gewicht? _____

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen? _____

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte? _____

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht? _____

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben? _____

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

Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten? _____

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

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

Morgens: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

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

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

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobby-
Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.) _____

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

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

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

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

Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit? _____

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben? _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie oft pro Woche? _____

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche? _____

Wie viel Wasser trinken Sie täglich? _____

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig? _____

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) _____

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?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener

Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) nicht Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

Bei einer Einladung in ein Restaurant: 1---2---3---4---5

Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf: 1---2---3---4---5

Im Beisein anderer, wenn diese viel essen: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei leichten Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

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