

# Praxis für Kinderhypnose in Frankfurt

Silvia Bauer – Heilpraktikerin für Psychotherapie – Berger Straße 200 – 60385 Frankfurt

## Anamnesebogen für mindTV- und Hypnos Sitzungen

### Personendaten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte:

Telefon:

E-Mail:

### Behandlungsziele

Hauptziel der mindTV-Sitzung:

Nebenziele der mindTV-Sitzungen (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 (Familie, Freunde, Schule)?

## Praxis für Kinderhypnose in Frankfurt

Silvia Bauer – Heilpraktikerin für Psychotherapie – Berger Straße 200 – 60385 Frankfurt

### Gesundheitliche Situation:

Bestehen derzeit noch anderen aktuelle gesundheitliche oder emotionale Probleme oder gesundheitliche Sondersituationen ?

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen (bitte **alle** angeben)? Wie werden diese vertragen? Sind Nebenwirkungen bekannt?

Wurde schon einmal aus irgendeinem Grund therapeutische Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja, weshalb und wie waren die Ergebnisse?

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?

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

### Lebensgewohnheiten

Wie sieht der Alltag Ihres Kindes aus?

Wie ist das soziale Umfeld Ihres Kindes?

## Praxis für Kinderhypnose in Frankfurt

Silvia Bauer – Heilpraktikerin für Psychotherapie – Berger Straße 200 – 60385 Frankfurt

Macht Ihr Kind Sport? Wenn ja, welchen und wie häufig?

Welchen anderen Hobbys geht Ihr Kind nach?

Was mag/macht Ihr Kind besonders gerne?

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

---

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

---

Datum, Unterschrift des Behandlers