

Datenblatt

Vorname/ Name des Kindes:

Geschlecht:

Alter:

Geburtsdatum:

Straße/ Nr. :

PLZ:

Ort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Vorname/ Name Mutter:

Vorname/ Name Vater:

Namen der Geschwister/Alter:

Familienstand:

Konfession:

Bedeutung der Religion:

Ist Ihr Kind derzeit oder war Ihr Kind in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)?

Litt/ Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit?

War Ihr Kind jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?

Leidet Ihr Kind unter Schlafstörungen?

Bei Jugendlichen:

Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Problem?

Welche/s Anliegen möchten Sie mit Hypnose behandeln?


Haben Sie bereits etwas unternommen um oben erwähnte/s Problem/e zu lösen/lindern und was war das Ergebnis?

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Hypnosetherapie?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes:

Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Probleme in der Kindheit, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, Hobbies, Stärken und Schwächen usw.



Vielen Dank für Ihre detaillierten Informationen.