

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 möchtest Du abnehmen?

Was ist Dein Ziel Gewicht?

Hast Du schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Weißt Du, wie Du Dich eigentlich ernähren *solltest* und weichst Du davon ab oder hast Du noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Deinem Leben hattest Du schon einmal Dein Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Deinem Leben, als Du an Gewicht zugenommen hast?

Welche Gefühle verbindest Du mit dieser Zeit in Deinem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit,...)

Welche Nahrungsmittel genießt Du am liebsten?

Hast Du ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass Du als „Problemnahrungsmittel“ ansiehst, von dem Du aber nicht lassen kannst (z. B. Schokolade)?

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

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Hast Du jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und wie?

Hast Du oft Situationen, in denen Du aus gesellschaftlichen Gründen essen „musst“ (Geschäftssessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?

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

Wirst Du häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Isst Du, um etwas zu vergessen bzw. Dich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Isst Du, auch wenn Du nicht hungrig bist? Wenn ja, warum?

Isst Du Deinen Teller leer, auch wenn Du nicht mehr hungrig bist?

Bist Du oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Deinem Leben?

Treibst Du Sport? Wenn ja was und wie oft pro Woche?

Trinkst Du Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?

Wie viel Wasser trinkst Du täglich?

Rauchst Du, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Waren oder sind andere Menschen in Deiner Familie übergewichtig?

Nimmst Du zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen?
Wenn ja, ist Dir bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?

Hast Du eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann? (Schilddrüse,
Hormone, organische Störung etc.)

Was glaubst Du ist das Hauptproblem, warum Du nicht dauerhaft abnehmen
kannst?

Bitte kreuze an, wie zuversichtlich Du derzeit wärst, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) **nicht** Dein 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 Du Dich für etwas belohnen willst: 1---2---3---4---5

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

Wenn Du eine Pause von einer Tätigkeit machst: 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