



## Anamnesebogen

Name:

Vorname:

---

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

---

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

---

Familienstand:

Beruf:

---

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja, folgende:

---

Ihr Anliegen:

---

Befanden/ befinden Sie sich bezüglich Ihres Anliegens bereits in psychotherapeutischer/  
psychologischer Behandlung?

Nein

Ja, in folgender/bei:

---

Wurde bei Ihnen ein psychiatrisches Krankheitsbild diagnostiziert?

Nein

Ja, folgendes:

---

**Wenn ja, dann bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass der Behandler einer Hypnose  
ausdrücklich zugestimmt hat.**

---

Datum/Unterschrift

### Schriftliche Einverständniserklärung für die Hypnosesitzung / Coaching

Im Rahmen der Hypnose / Coaching Sitzungen werden spezifische hypnotherapeutische Methoden, Techniken und Therapieformen angewendet. Der Erfolg hängt von vielerlei Faktoren ab und kann weder prognostiziert noch eingeschätzt werden. Eine Beanspruchung der hypnotischen / coachenden Leistung schließt die Notwendigkeit ärztlicher und/oder weiterer psychotherapeutischer Konsultationen nicht aus. Die Hypnose eignet sich insbesondere zur komplementären Ergänzung der bisherigen Therapieformen. Negative Folgewirkungen können seitens Hypnose 3B ausgeschlossen werden. Andernfalls wird jegliche Haftung für Folgewirkungen seitens Hypnose 3B abgelehnt. Sollten Sie in psychiatrischer Betreuung sein, so sind Sie verpflichtet mir diese Information mitzuteilen. Ich gehe davon aus, dass der Klient/die Klientin zum Zeitpunkt der Konsultation weder schwanger ist noch unter Alkohol- oder Drogeneinfluss steht, bestehende Krankheiten, welche für den Einsatz der Hypnose / des Coachings von Bedeutung sein könnten, wie insbesondere auch Herz- und Kreislaufbeschwerden, bekannt gibt, volljährig ist und mich über mögliche psychische Beeinträchtigungen informiert. Sie bestätigen durch die rechtsverbindliche Unterschrift, dass sämtliche Angaben im Rahmen dieses Dokumentes wahrheitsgetreu vermittelt werden und bekennen sich mit Ihrer Unterschrift zur Akzeptanz aller soeben genannten Bedingungen. Sie nehmen zur Kenntnis, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

---

Ort/Datum Unterschrift