

## Aufnahmebogen

Sämtliche Informationen auf diesem Aufnahmebogen werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen umfassend, vollständig, ehrlich und gut leserlich.

Bitte schreiben Sie gut leserlich.

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Darf Bettina Kaiser den Inhalt der Sitzung(en) für Trainings- oder Publikationszwecke verwenden?

(Anonymisiert und unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte?)  Ja  Nein

### Zielsetzung

Warum wünschen Sie diese Hypnose-Sitzung? \_\_\_\_\_

Was wäre das ideale Ergebnis Ihrer Hypnose-Sitzung(en)? \_\_\_\_\_

Wie groß sind Ihre Angst oder Ihre Bedenken hypnotisiert zu werden?

(gering)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (signifikant)

Erklärung: \_\_\_\_\_

Wie bereit sind Sie im Moment für eine Veränderung in Ihrem Leben?

(nicht bereit)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (sehr bereit)

Wie bereit sind Sie, mit der Vergangenheit in Ihrem Leben Frieden zu schließen?

(nicht bereit)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (sehr bereit)

### **Erfahrung**

Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnose?  Ja  Nein

Falls ja, wie war diese Erfahrung für Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Rückführungen?  Ja  Nein

Vergangenen Leben (PLR)  Zwischenleben (LZL) / Spirituelle Rückführung (SWR)

Falls ja, wie war diese Erfahrung für Sie? \_\_\_\_\_

### **Gesundheit**

Welche Medikamente oder Arzneien nehmen Sie derzeit regelmäßig oder unregelmäßig ein?

Ggf. Kopie vom Medikamentenplan beifügen.

\_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte alles an, worauf Sie jemals diagnostiziert oder behandelt worden sind:

Diabetes  Gehirnverletzung  Depression  manisch-depressiv oder Suizidversuch

Herzleiden  Epilepsie  Schlaganfall  Psychische Störungen

PTBS  Alzheimer oder Demenz  Geisteskrankheit  Thromboseneigung

Jahr: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Stehen Sie derzeit in Behandlung oder nehmen entsprechende Hilfe in Anspruch?

Ja  Nein Grund: \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor:  Treppen oder Aufzügen  Trieben, schweben oder gleiten?

Höhe oder Tiefe  Anderes: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass alle in diesem Aufnahmebogen gemachten Angaben richtig und vollständig sind und ich keine für die Sitzungen wichtigen Informationen verschwiegen habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_