



Anamnesebogen zur Hypnotherapie

Medical history to hypnotherapy

Privatärztliche Praxisfiliale für  
Ärztliche Hypnotherapie & Hypnose  
Umlandstrasse 9  
40237 Düsseldorf

Vorname, Name <i>first name/surname</i>	
Bei Kindern: Name der Mutter oder des Vaters <i>parents name</i>	
Patient geboren am <i>patient's date of birth</i>	
Geburtsort <i>city of birth/country</i>	
Straße, Hausnummer <i>address</i>	
PLZ, Ort <i>zip code, city</i>	
Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) <i>insurance type</i>	
Bei Kindern: versichert über <i>children: insured by whom ?</i>	

**Bitte beantworten Sie mir die folgenden Fragen so gut Sie können und es Ihnen  
angenehm ist.**

**Please answer the following questions as best as you can and feel comfortable.**

Was soll sich verbessern? Welches Problem soll behandelt werden?

*What should be improved? Which problem should be treated?*

---

---

---

Seit wann besteht das Problem?

*Since when does the problem exist?*

---

---

---

Wie sollte es für Sie/Ihr Kind sein, wenn es dann besser wäre?

*How could it be for you/your child, if it would be better then?*

---

---

---

Waren Sie/Ihr Kind bereits in hypnotherapeutischer Behandlung?

*Have you / your child been in hypnotherapy before?*

---

---

Waren oder sind Sie/Ihr Kind bereits in psychiatrischer/psychotherapeutischer  
Behandlung?

*Have you / your child been in psychiatric/psychotherapeutic treatment before ?*

---

---

Bitte **unterstreichen** Sie die evtl. bei Ihnen bestehenden Erkrankungen:

*Please underline pre-existing illnesses and conditions:*

Asthma, Bluthochdruck, Migräne, Herzerkrankungen, Nierenleiden, niedriger Blutdruck,  
Diabetes, Herzfehler, ADHS, Ritalingabe, Darmerkrankungen, Frühgeburtlichkeit,  
Psychiatrische Erkrankungen, Depression, Schizophrenie, Augenkrankheiten, chronische  
Schmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Tics, Tumorleiden, neurologische Störungen,  
Lungenerkrankungen

**Hypnotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene**

Dr. med Susanne Thielbeer – Hangweg 19 – 44575 Castrop-Rauxel  
Tel. 02305.6956-669 Fax -668 – kinderaerztin-hypnose@interdata.de

Allergien:

*allergies:*

---

Heuschnupfen:

*hay fever:*

---

Welche Medikamente nehmen Sie/Ihr Kind?

*Which medications do you / does your child take ?*

---

---

Nehmen Sie/ Ihr Kind Psychopharmaka? z.B. Neuroleptika ?

*Do you / does your child take psychotropic drugs ?*

---

---

Was ist Ihr Ziel?

Was möchten Sie /Ihr Kind durch die Hypnosebehandlung gerne erreichen?

*What are your goals ? What do you / your child want to achieve through the hypnotherapy?*

---

---

---

---

Datum

Unterschrift

---