

Kunden Daten

(dieses Formular bitte zu Beginn der Sitzung ausfüllen)

Persönliche Angaben:

Herr

Frau

Kind

Wenn Kind: Name Mutter _____

Wenn Kind: Name Vater _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Sternzeichen: _____

Partnerschaft?

Ja

Nein

Name Partner: _____

Glücklich in Partnerschaft?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

schwach

stark

Eigene Kinder? (Namen & Alter): _____

Notiz zu Eltern: _____

Notiz zu Geschwister: _____

Notiz: _____

Berufliche Angaben:

Gelernter Beruf: _____

Jetziger Beruf: _____

Wunschberuf: _____

Wie glücklich im Job?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

schwach

stark

Momentaner Stresspegel:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

schwach

stark

Gesundheit:

In ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Falls Ja, Grund: _____

Medikamente? Ja Nein

Falls Ja, welche: _____

Kontraindikationen:

Epilepsie Herzprobleme Psychose Schwanger Diabetes Thrombose
andere: _____

Einschlafen: Sehr gut Gut Eher schlecht

Durchschlafen: Sehr gut Gut Eher schlecht

Derzeitige körperliche Symptome: _____

Genussmittel (z.B. Alkohol / Zigaretten): _____

Coaching / Therapie

Hauptthema: _____

Mögliche Themen: _____

Notizen zum IST-Zustand:

Slogan im SOLL-Zustand:

Ängste / Missverständnisse?

Welchen Vorteil könntest du verlieren, wenn dein Hauptthema nicht mehr wäre?

Weitere Notizen:

Disclaimer:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über Hypnose und Hypnose-therapie aufgeklärt worden bin. Es wurden mir alle Informationen ausführlich erklärt und dargelegt. Kontraindikationen wurden nachgefragt und alle Angaben die ich zu meiner Gesundheit gemacht habe, sind wahrheitsgetreu und richtig.

Ich bestätige, dass das Coaching oder die Therapie auf meinen ausdrücklichen Wunsch stattfindet. Ich trage alle Konsequenzen (psychischer und körperlicher Natur) ausschliesslich selbst und auf eigenes Risiko. Ich bin mir bewusst, dass die Interventionen auf meine Gesundheit und mein Wohlbefinden Einfluss haben und dies ist auch ausdrücklich mein Wunsch.

Es wurde kein Heilversprechen abgegeben, keine Diagnosen gestellt und es wurden mir keine Medikamente empfohlen oder davon abgeraten. Ich wurde informiert, dass die Hypnose / Hypnose-therapie den Besuch beim Arzt oder einer anderen medizinischen Fachperson nicht ersetzt.

Ich bestätige, dass ich dieses Coaching / Therapie im Rahmen meiner Selbstheilungskräfte eigenverantwortlich absolviere und (NAME DES COACHES / THERAPEUT) in allen Belangen schadlos halte.

Datum: _____

Unterschrift Klient: _____