



**HEILUNG DURCH HYPNOSE**  
**CHRISTIANE AIGNER**

Privatpraxis für systemische Hypnosetherapie

ADRESSE: Grenzweg 16, 44267 Dortmund

TELEFON: +49 (0) 231 134 97 113

E-MAIL: praxis@hypnose-aigner.de

## Gesundheitserklärung für die systemische Hypnosebehandlung

Ihre Gesundheit liegt mir sehr am Herzen. Daher möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen vorab vollständig auszufüllen, und mir diesen vor der Hypnosesitzung zuzusenden. Das erspart Ihnen am Tag der Hypnosebehandlung Zeit und Geld, und ich kann mir vor unserem Termin ein erstes Bild über Ihre Bedürfnisse und Ziele machen.

Natürlich werden wir vor der Hypnose noch einmal über das Wichtigste sprechen. Gern beantworte ich Ihnen dann auch Ihre Fragen.

Im Anhang finden Sie mein Honorar, dass Sie bitte als Selbstzahler(in) an mich nach der Sitzung entrichten. Sollten Sie Mitglied einer Privatkrankenversicherung sein oder Beihilfe erhalten, stelle ich Ihnen eine für die Krankenkasse erforderliche formale Rechnung nach der Heilpraktiker-Gebührenverordnung 2002 aus.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen wird nicht an Ihre Krankenkasse weitergeleitet.

### Persönliche Angaben:

Vorname:  Nachname:

Adresse (PLZ, Wohnort, Strasse, Hausnummer):

Mobiltelefon:  E-Mail:

Geburtsdatum:  Privatversicherung: Ja  Nein

Familienstand: Single  Partnerschaft  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder: 1  2  3  4  Glaubensrichtung:

Berufstätig? Ja  Nein   
wenn ja, Art des Berufes:

Sind Sie schon einmal hypnotisiert worden? Ja  Nein

Grund Ihres Besuches (Störung/Belastung/Erkrankung):

Seit wann leiden Sie unter dieser Belastung/Störung/Erkrankung?

Wie äußert sie sich?

Persönliche Gesundheitsziele:

Sind ähnliche Probleme aus der Familie bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, Verwandtschaftsgrad (Vater/Mutter/Geschwister):

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken (+) oder lindern (-) (Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse, Sport)?

<input type="text"/>	(+)
<input type="text"/>	(-)

Wurde für das zu behandelnde Thema bereits eine andere Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche?

Wie war das Ergebnis?

Zufriedenstellend  Teilweise zufriedenstellend  Nicht zufriedenstellend

Sind noch andere aktuelle Erkrankungen oder Störungen bekannt (auch psychische), die das o.g. Thema nicht betreffen? Wenn ja, welche?

**Psychosen:**

Schizophrenie  Affektive Psychosen (z.B. endogene Depression)  Bipolare Störung (Manie u. Depression)

andere Psychose, welcher Art?

**Wahrscheinungen oder Halluzinationen:**

Verfolgungswahn  Eifersuchtswahn  Beziehungswahn  Schuld- und Versündigungswahn  Verarmungswahn  
 Größenwahn  Sehen von nicht vorhandenen Lebewesen oder Objekten

**Andere Störungen/Erkrankungen:**

Angststörung, welcher Art?

Panikattacken  Phobie, welcher Art?

Schlafstörungen  Belastende Müdigkeit  Alpträume  Posttraumatische Belastungsstörung

Psychosomatische Erkrankung, welcher Art?

Sexuelle Störungen, welcher Art?

Magersucht  Bulimie  Depression  Borderline  Burnout  Somatoforme Störung

Zwangsstörung, welcher Art?

Aktuelle Thrombose  Suchterkrankt: Alkohol, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (*zutreffendes bitte unterstreichen*)

Magen/Darmerkrankungen, welcher Art?

Gelenkerkrankungen/Rheuma  Diabetes / Typ

Schilddrüsenerkrankung, welcher Art?

Hautkrankheit, welche Art(en)?

- Allergie(n), welche Art(en)?
- welche Art von Allergie trat als erstes auf?
- Autoimmunerkrankung(en), welche Art(en)?
- Krebs, welcher Art?
- Bluthochdruck  Schmerzen, wenn ja, welche Art?

Andere, oben nicht genannte Störungen/Belastungen/Erkrankungen:

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die bereits ausgeheilt sind? Wenn ja, welche?

- Kürzlich erlittenen Herzinfarkt  Kürzlich erlittenen Schlaganfall  Epilepsie oder andere anfallsartige Erkrankungen
- Aktuelle Thrombose  Suchterkrankt (Alkohol, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit)  Magen/Darmerkrankungen
- Gelenkerkrankungen/Rheuma  Diabetes / Typ
- Schilddrüsenerkrankung, welcher Art?
- Hautkrankheit, welche Art(en)?
- Allergie(n), welcher Art(en)?
- Autoimmunerkrankung(en), welcher Art(en)?
- Krebs, welcher Art?
- Bluthochdruck  Schmerzen, wenn ja, welche Art?
- andere Vorerkrankungen:

Treten aktuell negative Gefühle häufiger auf? Wann ja, welche?

<input type="checkbox"/> Abgeschnitten sein	<input type="checkbox"/> Abgespanntheit	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Alarmbereitschaft	<input type="checkbox"/> Anspannung	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Ärger	<input type="checkbox"/> Argwohn	<input type="checkbox"/> Aufgebracht sein	<input type="checkbox"/> Ausgelaugt sein	<input type="checkbox"/> Bedrängt fühlen	<input type="checkbox"/> Bedrückt sein
<input type="checkbox"/> Befangenheit	<input type="checkbox"/> Belastet	<input type="checkbox"/> Bitterkeit fühlen	<input type="checkbox"/> Blockiert sein	<input type="checkbox"/> Druck	<input type="checkbox"/> Eifersucht
<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Ekel fühlen	<input type="checkbox"/> Energielos sein	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Frustration
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/> Hass fühlen	<input type="checkbox"/> Hemmungen	<input type="checkbox"/> Herabgewürdigt	<input type="checkbox"/> Hilflosigkeit
<input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> Irritationen	<input type="checkbox"/> Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/> Langeweile fühlen	<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> Misstrauen
<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit	<input type="checkbox"/> Neid	<input type="checkbox"/> Nervosität	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagen	<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Opfer sein
<input type="checkbox"/> Pessimismus	<input type="checkbox"/> Rachsucht	<input type="checkbox"/> Ratlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ruhelos	<input type="checkbox"/> Sadistisch sein	<input type="checkbox"/> Scham
<input type="checkbox"/> Scheue	<input type="checkbox"/> Schockiert	<input type="checkbox"/> Schreckhaft	<input type="checkbox"/> Schuld	<input type="checkbox"/> Schwermut	<input type="checkbox"/> Selbstkritik
<input type="checkbox"/> Selbstverachtung	<input type="checkbox"/> Sich sorgen	<input type="checkbox"/> Skepsis	<input type="checkbox"/> Strapaze	<input type="checkbox"/> Streitlust	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/> Trägheit	<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Überdruß	<input type="checkbox"/> Überforderung	<input type="checkbox"/> Unbeteiligt sein
<input type="checkbox"/> Ungeduld	<input type="checkbox"/> Unglücklich sein	<input type="checkbox"/> Unklarheit	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Unsicherheit	<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit
<input type="checkbox"/> Verbitterung	<input type="checkbox"/> Verletzbar	<input type="checkbox"/> Verloren sein	<input type="checkbox"/> Verschlössen sein	<input type="checkbox"/> Verspannt sein	<input type="checkbox"/> Verzweiflung
<input type="checkbox"/> Vorwurfsvoll	<input type="checkbox"/> Weinerlich	<input type="checkbox"/> Widerwille	<input type="checkbox"/> Wut	<input type="checkbox"/> Zermürbung	<input type="checkbox"/> Zerrissenheit
<input type="checkbox"/> Zorn	<input type="checkbox"/> Zurückgewiesen	<input type="checkbox"/> Zynisch sein			

Andere Gefühle:

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Stimmungsaufheller) ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosis?**

**Möchten Sie noch etwas hinzufügen?**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben, und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Sollte ich eine der o.g. Erkrankungen oder Störungen verschweigen, übernehme ich für eine evtl. kontraindizierte Reaktion die volle Verantwortung. Ich bin hiermit darüber aufgeklärt worden, dass eine psychische Krankheit auch organische Ursachen haben kann, und dass diese unverzüglich von einem Facharzt abzuklären ist. Sollte ich Fragen hierzu haben, spreche ich diese während der Sitzung direkt an. Frau Aigner empfiehlt, alle mitbehandelnden Ärzte und Therapeuten über die Hypnosebehandlung zu unterrichten, um eine gegenläufige Behandlung zu vermeiden. Eine Hypnosebehandlung ersetzt keinen Arzt. Jegliche Haftungsansprüche werden nicht übernommen.

**Ich akzeptiere die auf Seite 5 genannten Honorare, und bin mir bewusst, dass ich Selbstzahler(in) bin. Eine Übernahme durch meine private Krankenversicherung kann Frau Aigner nicht gewährleisten. Sie bittet um Barzahlung des Honorars. Die erste Sitzung ist erfahrungsgemäß mit ca. 2 Behandlungsstunden (216,00 €) bemessen.**

**Sollte der Hypnoseprozess innerhalb dieser Zeitspanne nicht abgeschlossen sein, bin ich damit einverstanden, dass mein Prozess trotz höherer Kosten (jede weiteren 5 Minuten/ 9,00 €) fortgesetzt wird.** Ja  Nein

**Bin ich nicht damit einverstanden, ist mir bewusst, dass mein Hypnoseprozess nach 2 Stunden abgebrochen wird.**

**Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen mindestens 48 Stunden vor Termin abzusagen. Da ich eine Terminpraxis führe, bitte ich um Verständnis, dass ich Ihnen bei Absage unter 48 Stunden ein Honorar in Höhe von 108,00 € berechnen muss.**

Datum:  Unterschrift:

**Ihre elektronische Unterschrift ist ebenfalls rechtsgültig und versichert die Richtigkeit Ihrer Daten.**

Bitte speichern Sie das Formular nach dem Ausfüllen auf Ihre Festplatte.

Dann bitte an mich entweder direkt aus Ihrem Programm oder über <mailto:praxis@hypnose-aigner.de?subject=Gesundheitsformular> vor dem Termin zurücksenden, oder für den Termin ausdrucken. ACHTUNG: Bitte vergessen Sie nicht, das gespeicherte Formular im Email vor dem Senden anzuhängen.

Ihre digitale Unterschrift wird mit dem Versenden der Gesundheitsauskunft an mich per Email wirksam. Sie können auch während der Besprechung Vorort Ihre persönliche Unterschrift auf das Formular setzen.

**ICH DANKE IHNEN FÜR IHRE MÜHE!**

## Honorarübersicht

Ein erstes Beratungsgespräch und Terminvereinbarungen am Telefon sind kostenlos.

Telefonische Beratungsgespräche nach der ersten Sitzung sind ab 5 Min. kostenpflichtig	3,00 € / je Minute
Hypnosystemische Therapie (je Stunde) jede weiteren angefangenen 5 Min.	108,00 € / je Stunde 9,00 € / je 5 Minuten
Eingehende Beratung ohne Anschlusshypnose	50,00 € / je 30 Minuten
Gewichtsabnahme (3 Sitzungen + Meditation zur Vertiefung)	440,00 €
Raucherentwöhnung + Meditation zur Vertiefung	250,00 €