**Anmeldeformular**

Liebe Klientin, lieber Klient,

Dein Hypnose-Termin ist zunächst vorgemerkt, jedoch noch nicht verbindlich gebucht. Für die Buchung benötige ich noch einige wichtige Informationen von Dir.

Deine Angaben werden, ebenso wie die Inhalte der Sitzung, selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte fülle alle Felder aus und mache ein X hinter die zutreffende Ja/Nein Frage. Speichere das Dokument und schicke es an info@maltekroell.de

Sollten Dir die Informationen zu sensibel sein, um diese online abzuschicken, so kannst du das Formular auch ausdrucken und an meine Praxis schicken oder persönlich vorbeibringen. Der Briefkasten der Praxis befindet sich im Eingangsbereich des Ärztehauses und ist nur tagsüber geöffnet.

Du erhältst dann per Email die verbindliche Bestätigung Deiner Sitzung. Solltest Du innerhalb zwei Tagen keine Mail erhalten, so ruf mich bitte an!

Nimm Dir ruhig etwas Zeit für das Ausfüllen, es gehört zu Deiner Vorbereitung!

Ich freue mich auf Deine Anmeldung!

**Datum & Uhrzeit des Termins :**

**Name :**

**E-Mail :**

**Tel Mobil:**

**Straße & Hausnr.:**

**PLZ & Stadt:**

**Geburtsdatum:**

**Beruf:**

**Bestehende Schwangerschaft:**

  Ja

  Nein

**Ich habe bereits Hypnose erlebt:**

  Ja

  Nein

**Erkrankungen**

Epilespie:

  Ja

  Nein

starkes Asthma:

  Ja

  Nein

sonstige Anfallserkrankungen:

  Ja

  Nein

andauernde starke Schmerzen:

  Ja

  Nein

erhebliche Kreislaufprobleme:

  Ja

  Nein

ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C):

  Ja

 Nein

Herz-Erkrankung:

  Ja

  Nein

Probleme mit Schultern, Armen oder Händen:

  Ja

  Nein

sonstige schwere körperliche Erkrankung:

körperliche oder geistige Behinderung :

  Ja

  Nein

falls Ja, welche

in Behandlung bei Psychotherapeuten :

  Ja

  Nein

  Früher in Behandlung gewesen

in Behandlung bei Psychiater oder Neurologen:

  Ja

  Nein

  Früher in Behandlung gewesen

ggf. Diagnose:

Ich nehme derzeit Antidepressiva oder Neuroleptika:

  Ja

  Nein

schwere psychische Erkrankung (Psychose):

  Ja

  Nein

ADS, ADHS oder HKS :

  Ja

  Nein:

**Drogen und Abhängigkeiten**

Raucher:

  Ja

  Nein

  Gelegentlich

Abhängigkeit von Medikamenten:

  Ja

  Nein

Alkoholabhängigkeit:

  Ja

  Nein

Drogenabhängigkeit (außer Tabak):

  Ja

  Nein

Cannabis-Konsum:

  nie

  selten

  gelegentlich

  häufig

  täglich

Erfahrung mit psychoaktiven Drogen, z.B. LSD:

  Ja

  Nein

**Sitzungsvorbereitung**

Mein bevorzugter Tee (kein Schwarzer oder Grüner)

  Kräuter

  Roibusch

  Früchte

  Zitronengras

  Kamille

  Pfefferminz

  Egal