

Erfassungsdatum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Ziel Gewicht?

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld usw.)

Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)?

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus: typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und wie?

Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)?

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.)

Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?

Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?

Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie oft pro Woche?

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

Was glauben Sie ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich; 3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

Bei einer Einladung in ein Restaurant: 1---2---3---4---5

Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf: 1---2---3---4---5

Im Beisein anderer, wenn diese viel essen: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder Jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei leichten Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers