

ANAMNESEBOGEN KINDERHYPNOSE



*Alle Angaben werden vertraulich behandelt
und unterliegen der Schweigepflicht*

Vorname: _____ Name: _____

Geschlecht: _____ Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vorname, Name der Mutter:

Vorname, Name des Vaters:

Vornamen und Alter der Geschwister/Halbgeschwister:

Eltern leben zusammen Eltern sind geschieden

Konfession: _____ Bedeutung der Religion: wichtig weniger wichtig

Welches Anliegen haben Sie?

Ist Ihr Kind derzeit oder war es in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (psychisch oder körperlich)? Falls ja, bitte beschreiben:

Litt/Leidet Ihr Kind an Allergien oder Langzeit-Erkrankungen? Falls ja, bitte beschreiben:

War Ihr Kind jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie? Falls ja, bitte beschreiben:

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein? Falls ja, bitte beschreiben:

Bei Jugendlichen: Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Problem? Falls ja, bitte beschreiben:

Haben Sie bereits etwas unternommen, um oben genannte Probleme zu lösen/lindern), falls ja, was war das Ergebnis?

Relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes: Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt, Probleme in der Kindheit, Trennungen, Wohnungswechsel, traumatische Erlebnisse, Krankheiten in der Familie, Verlust von Großeltern, Haustieren etc.:

Welche Hobbies hat Ihr Kind?

Welche Stärken und Schwächen gibt es?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Vielen Dank für die detaillierten Informationen!

Ich freue mich sehr, Sie und Ihr Kind schon bald persönlich kennen lernen zu dürfen.

Falls Ihr Kind noch jünger ist, lassen Sie es bitte sein liebstes Kuscheltier mit in die Praxis bringen!

Ihre Tasja Ariane Nummert

Heilpraktikerin

Meesenring 1, 23566 Lübeck