



Anamnesebogen virtuelles Magenband

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: Alter:
Weiblich: Ja Schwanger: Ja Nein Männlich: Ja
Telefon: E-Mail:
Natel: WhatsApp: Ja Nein
Erlerner Beruf: Derzeitiger Beruf:
Zivilstand: Kinder:
Raucher: Ja Nein Grösse:
Wohlfühlgewicht: Heutiges Gewicht:
Haben Sie Erfahrungen mit Hypnose, Meditation, Yoga oder ähnliches? Wenn ja, welche:

Warum möchten Sie abnehmen? Was spornt Sie an?

Haben Sie schon versucht abzunehmen? Ja Nein

Wenn ja erläutern Sie bitte kurz Ihre Erfahrungen. Auf welche Art und Weise?

Welche positiven Erfahrungen haben Sie bezüglich Ihrer Gesundheit und Wohlbefinden dabei gemacht? Was konnten Sie leicht umsetzen?

Was fällt Ihnen beim abnehmen besonders schwer?

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

Verspüren Sie durch Ihr Gewicht bereits eine Art von Leidensdruck? Wenn ja welchen?
(z.B. Beweglichkeit, Atmung, Ästhetik, etc.)

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen? Ja Nein

Wer kocht bei Ihnen?

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten? Ja Nein

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?

Wie fühlte sich dies an? Was war besonders schön bei diesem Körpergefühl?

Wie viel kg wäre für Sie heute ein angenehmes Wohlfühlgewicht?

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

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit? (z.B. Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld,)

Welche Nahrungsmittel geniessen Sie am liebsten?

Haben Sie bestimmte Nahrungsmittel, dass Sie als «Problemnahrungsmittel» ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z.B. Schokolade, Chips, energy Drinks, etc.)?

Gibt es ein (oder mehrere) Nahrungsmittel, die Ihnen überhaupt nicht schmecken (evtl. von der Struktur, Farbe ,Konsistenz abstossend sind) evtl. Ekel auslösen? (z.B. Innereien, Meeresfrüchte, etc.)

Wie würden Sie Ihr Essverhalten beschreiben?

Was machen Sie alles während dem Essen? (Zeitung lesen, Facebook, E-Mail, Natel, etc.)

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag (typische Nahrungsmittel, Menge, Zuverlässigkeit und Regelmässigkeit der Mahlzeiten) aus?

Frühstück:

Morgens:

Mittagessen:

Nachmittags:

Abendessen:

Nach dem Abendessen oder Nachts:

Wann ist Ihre höchste Kalorienzufuhr am Tag?

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, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter,...)? Ja Nein

Können Sie dann Wünsche oder Ihre Bedürfnisse einbringen? Ja Nein

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmässig als »Kunstform« oder «Event» zelebriert (Hobby-
Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.,....)? Ja Nein

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

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Dient das Essen, oder andere Speisen,
als Belohnung oder Trost? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Ja Nein

Können Sie ein Hungergefühl wahrnehmen, bei Ihrem Essverhalten? Ja Nein

Wenn Nein, warum?

Fühlen Sie sich jemals satt?

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

Schöpfen Sie nochmals nach, einfach weil das Essen lecker schmeckt? Ja Nein

Essen Sie viele Süssigkeiten, oder kohlenhydratreiche Speisen?

Sind sie oft schon in Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?

Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie viel in der Woche?

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

Wie viel trinken Sie und was? Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

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

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig oder leiden an Essstörungen?

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

Haben Sie Erkrankungen, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüsen, Hormone, organische Störungen,...)?

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) Bitte passende Zahl anklicken resp. markieren



- Bei einer Einladung in ein Restaurant: 1 2 3 4 5
- Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem grossen Wocheneinkauf: 1 2 3 4 5
- Im Beisein anderer, wenn die 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
- Wenn Sie etwas „gluschtiges“ sehen oder riechen: 1 2 3 4 5

(Falls Sie selber etwas eintragen wollen) 1 2 3 4 5

Wie wäre es, wenn Essen, Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme keine zentrale Rolle mehr in ihrem Leben einnehmen würde?

Belastet Sie etwas, im Privatleben, in der Arbeit oder Schule?

Gibt es Lebensmittel die.....?

- 1.) Sie gar nicht essen können? Warum?
- 2.) Sie Ihrer Meinung nach zu oft /viel davon zu sich nehmen:
- 3.) Sie am liebsten ganz von Ihrem Speiseplan entfernen würden?

Wie würde Ihr Leben aussehen und was würden Sie tun, wenn Sie Ihr Ziel erreicht hätten?

Gibt es sonst noch Irgendetwas, dass Sie mir noch zu Ihrer Situation mitteilen möchten?

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. Ich bestätige dass ich die allgemeinen Bedingungen von Bewirke Veränderungen gelesen und verstanden habe.

Ich kann ab Beginn der ersten Sitzung, in den folgenden Wochen, die vereinbarten Hypnosetermine wahrnehmen und mir dazu 3 bis 4 Std. reservieren damit kein Zeitdruck entsteht, vor oder nach der Behandlung, resp. die Möglichkeit besteht unerwartetes mit einfließen zu lassen und behandeln zu können. Mir ist bewusst, dass dies zu einer optimalen Behandlung wesentlich beiträgt.

Ich habe mich betreffend Termine auf der Homepage informiert und möchte gerne am starten.

- Sollten sich keine anderen Teilnehmer melden, nutze ich den Termin für das Einzelcoaching und profitiere von einem Preisnachlass von 100.Fr.

Unterschrift Klienten

Unterschrift Hypnotiseur

Herzlichen Dank ich werde mich in den nächsten Tagen mit Ihnen in Verbindung setzen.



CLAUDIA Rubitschung-Roth Hardstrasse 282 4714 Aedermannsdorf
Tel. 062 394 10 26 E-Mail: info@bewirke-veraenderungen.ch