



# Praxis für Hypnose Therapie

## Fragebogen zur Gewichtsreduktion mit Hypnose

### Personendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

---

Warum möchten Sie abnehmen?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr Wunschgewicht?

\_\_\_\_\_

### Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Ja

Nein

Sie wissen, wie man sich eigentlich ernähren sollte, weichen aber immer wieder davon ab.

Ja

Nein

Sie haben noch keine konkrete Vorstellung, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, ausser dass es zur Gewichtsabnahme führen soll.

**Ja**

**Nein**

---

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 oder anderes)?

Morgens \_\_\_\_\_

Mittags \_\_\_\_\_

Nachmittags \_\_\_\_\_

Abends \_\_\_\_\_

Nachts \_\_\_\_\_

---

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

---

---

---

---

---

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

---

---

Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen esse «müssen» (Geschäftsessen, Familienfeiern, Einladungen 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 oder aus Langeweile? Wenn Ja, wann und wie?

---

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

---

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie schon satt 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 in der 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 im 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 Störungen 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) **nicht** 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 aufgefüllten Kühlschrank nach einem Grosseinkauf:  
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

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen:

---

---

---

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