



Hypnose - Praxis
Beate Kalverkämper

Datenblatt

Vorname / Name des Kindes:

Geschlecht:

Alter:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Vorname / Name Mutter:

Vorname / Name Vater:

Vornamen der Geschwister:

Familienstand:

Konfession:

Bedeutung der Religion:

Ist Ihr Kind derzeit oder war Ihr Kind in den letzten Jahren in ärztlicher
Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)?

Lit/Leidet Ihr Kind an einer Langzeiterkrankungen?



War Ihr Kind jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?

Leidet ihr Kind an Schlafstörungen?

Bei Jugendlichen:

Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Problem?

Welche/s Anliegen möchten Sie mit Hypnose behandelt haben?

Haben Sie bereits etwas unternommen, um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern und was war das Ergebnis?

Haben Sie bereits Erfahrung mit Hypnosetherapie?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?



Relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes:

Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Probleme in der Kindheit, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, Hobbies, Stärken und Schwächen usw.

Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, Sie und Ihr Kind schon bald persönlich kennenlernen zu dürfen.

