

**Fragebogen zur Hypnose-Gewichtsreduktion**

**Persönliche Daten**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Größe:\_\_\_\_\_ Geschlecht:\_\_\_\_\_ Gewicht:\_\_\_\_\_

Alter:\_\_\_\_\_ BMI:\_\_\_\_\_

---

Was veranlasst Sie abnehmen zu wollen?

---

---

Wie sieht Ihr Wunschgewicht aus?\_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung aufgesucht? \_\_\_\_\_

Hat man Sie dort darüber aufgeklärt, wie Sie sich ernähren sollten? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal ein Wohlfühlgewicht? \_\_\_\_\_

---

Gab es in Ihrem Leben Veränderungen, die dazu führten, dass Sie an Gewicht zugenommen haben?

---

---

Welche Nahrungsmittel essen Sie am liebsten?

---

---

Nehmen Sie bestimmte Nahrungsmittel, die Sie als Problemnahrungsmittel ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können? Wie z.B. Schokolade, Chips oder Kuchen?

---

---

Haben Sie jemals oder aus Ihrer Kindheit heraus, Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja, wann und wie?

---

---

Kommen Sie oft in Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen MÜSSEN? Wie z.B. Geschäftsessen, Familienfeiern, Einladungen?

---

---

Wird in Ihrem Umfeld das Essen als Event zelebriert?

---

---

Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert? Z.B. durch Ihren Beruf? Einzelhandel im Nahrungsmittelbereich?

---

---

Nehmen Sie Essen zu sich, wenn Sie sich langweilen, etwas vergessen wollen oder um sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

---

---

Essen Sie ihren Teller leer, auch wenn Sie kein Hungergefühl mehr verspüren?

---

Haben Sie oft Gedanken an die nächste Mahlzeit?

---

Haben Sie momentan Stress oder problematische Beziehungen in Ihrem Leben?

---

---

Betreiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft in der Woche?

---

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, welchen und wieviel trinken Sie davon in der Woche?

---

---

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

---

Waren oder sind andere Leute in Ihrer Familie übergewichtig?

---

---

Wie sieht Ihr derzeitiges Essverhalten an einem normalen Werktag aus?  
Typische Nahrungsmittel, Menge, Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten.

Morgens:

---

---

Mittags:

---

Nachmittags:

---

---

Abends:

---

---

Nachts:

---

---

Nehmen Sie derzeit verschriebene Medikamente oder andere Substanzen ein?  
Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob diese Ihr Gewicht beeinträchtigen?

---

---

Haben Sie Erkrankungen, die sich auf Ihr Gewicht auswirken? Wie z.B. Schilddrüse,  
Wechseljahre mit Hormonzugabe oder organische Störungen?

---

---

Glauben Sie, es gibt ein Hauptproblem, weswegen sie nicht dauerhaft abnehmen  
können?

---

---

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie wären, in manch Situationen, aus eigener Kraft **nicht** Ihr Essverhalten unter Kontrolle zu haben.

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

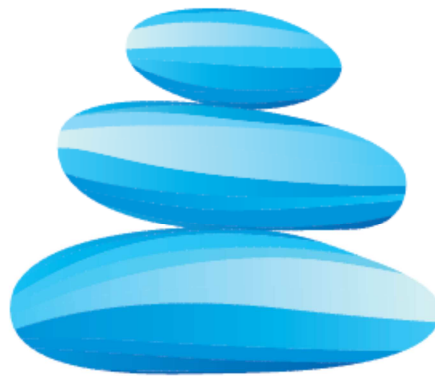
Einladung in ein Restaurant	1	2	3	4	5
Frisch aufgefüllter Kühlschrank nach einem Wochenendeinkauf	1	2	3	4	5
Im Beisein Anderer, wenn diese Nahrung zu sich nehmen	1	2	3	4	5
Bei Angst und Nervosität	1	2	3	4	5
Bei Ärger über Etwas oder Jemanden	1	2	3	4	5
Bei Konzentrationsverlust	1	2	3	4	5
Wenn Sie sich für Etwas belohnen wollen	1	2	3	4	5
Bei Stress, um entspannen zu können	1	2	3	4	5
Beim Pausieren vor der nächsten Tätigkeit	1	2	3	4	5
Bei leichtem Hungergefühl	1	2	3	4	5

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin mir bewusst, dass bei unwahrheitsgemäßen Angaben die Wirkung der Hypnosesitzung beeinträchtigt werden können.**

**Ich verstehe, dass die Hypnosesitzung keine Heilung verspricht und keine ärztliche Behandlung ersetzt.**

-----  
Unterschrift des Klienten

-----  
Unterschrift des Hypnotiseurs



Jens Albrecht HypnoseCoaching & Training