



HYPNO D

FOCUS MAKES YOUR REALITY

Datum & Zeit:

Referenz:

ERSTAUFNahme-FORMULAR

Vorname:

Nachname:

Adresse:

Home Tel:

Arbeit Tel:

Mobile Tel:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Alter:

Zivilstand:

Beruf:

Engste Beziehungen:

Hobbies und Interessen:

Stärken, was mag ich am meisten an mir:

So entspann ich mich am liebsten:

Hier entspann ich mich am liebsten:

Hier ist mein sicherster Ort:

Medizinische Details:

Hausarztpraxis:

Darf sie kontaktiert werden?

☐ Ja

☐ Nein

Wichtige medizinische / psychische Details:

Aktuelle Gesundheit und Medikamente (inkl. rezeptfreier Medikamente und Naturheilmittel):

Andere alternative Therapien:

Alkohol-Konsum: ☐ kein ☐ moderat ☐ viel

Raucher/in:

☐ Ja

☐ Nein

Drogen-Konsum: ☐ kein ☐ moderat ☐ viel