

Stephan Barnitzke
Lindenstraße 43
74427 Fichtenberg

Mentaltraining, Klangtherapie & Subliminals

www.stephan-barnitzke.com



Erfassungsbogen zur Hypnosebehandlung / Mentaltraining

Nachname: Vorname:

Geboren am: Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Email:

Wurden Sie schon einmal hypnotisiert?

Waren Sie mit der Hypnose zufrieden?

Haben Sie Interesse an alternativen Heilmethoden?

Was ist Ihr Anliegen?

Können Sie ein Ziel formulieren dass Sie erreichen wollen und wenn ja zu welchem Zeitpunkt?

Seit wann bestehen Ihre Probleme?

Wie äussern sich Ihre Probleme?

Welche Umstände oder Faktoren lindern Ihr Problem?

Welche Umstände verstärken Ihr Problem?

Wie äussern sich genau die Symptome?

Wurde ihr Problem schon andersweitig behandelt, wenn ja wie und mit welchem Erfolg ?

Haben Sie gesundheitliche Beschwerden?

Wer ist Ihr Hausarzt /Therapeut? (Bitte Name, Telefon und Anschrift)

Sind Sie bei oben genannten Hausarzt/Therapeut oder andersweitig in Behandlung, wenn ja seit wann und weshalb?

Nehmen Sie Medikamente?

Leiden Sie an niedrigen Blutdruck, Diabetes, Psychosen, Epilepsie, Herzinsuffizienz oder Asthma?

Führen Sie Notfallmedikamente mit sich, wenn ja wo sind diese?

Leiden Sie noch an anderen Erkrankungen die hier nicht aufgeführt sind?

Hiermit bestätige ich dass meine Angaben richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung oder des Mentaltrainings beeinträchtigen können. Ich weisse ausdrücklich darauf hin, dass meine Tätigkeit, keinen Arzt oder sonstiges medizinisches Personal ersetzt.

Meine Arbeit als Hypnotiseur und Mentaltrainer grenzt sich grundlegend von der Tätigkeit eines Arztes oder Heilpraktikers ab, in dem ich keine Diagnosen stelle und auch keine Heilungsversprechen abgeben werde. Es werden von mir keine Leiden mit medizinischen Erfordernis oder Hintergrund behandelt oder gar Medikamente verabreicht. Sollten Sie wegen eines schulmedizinischen Leidens sich in Behandlung befinden, so unterbrechen Sie auf keinen Fall ihre Behandlung oder Therapie ohne vorherige Absprache mit Ihrem Arzt oder Therapeuten. Mein Tätigkeit dient zur reinen Gesundheitsprävention

**Bitte Anmeldebogen am PC ausfüllen, ausdrucken und unterschrieben zum
Erstgespräch mitbringen. Vielen Dank.
Termine die nicht eingehalten werden und nicht 12 Stunden vor Terminbeginn
abgesagt werden, werden Ihnen zu 100% in Rechnung gestellt**

Mit freundlichen Grüßen



.....
Ort, Datum, Ihre Unterschrift