

Einzelsitzung bei Martin Eugster, Hypnosetherapeut ABH

Martin Eugster diagnostiziert keine Krankheiten und behandelt keine Symptome. Die Sitzung bei ihm hat den Zweck, sämtliche Lebenssituationen aus der Vergangenheit so aufzuarbeiten, dass beim Gedanken daran keine vegetativen Reaktionen mehr auftreten.

Erwarten dürfen Sie ein stark verbessertes Lebensgefühl, das sich in der Regel positiv auf die Therapie psychischer und körperlicher Krankheiten auswirkt.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und bringen Sie ihn zur Einzelsitzung mit. Fragen betreffend Ausfüllen: +41 44 810 65 64

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **PLZ/Ort:** _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____

Aufgewachsen in (falls mehrere Orte, bitte erwähnen, inkl. Jahr des Umzuges)

Diese Seite bitte leer lassen!

aufgewachsen bei den Eltern / Pflegeeltern:

Vater

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Lebt noch: _____ gestorben am: _____

Todesursache: _____

Vater

Mutter

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Lebt noch: _____ gestorben am: _____

Todesursache: _____

Mutter

Verhältnis zum Vater: gut mittelmässig schlecht

Verhältnis zur Mutter: gut mittelmässig schlecht

Geschwister: Anzahl: _____

Diese Seite bitte leer lassen!

1. Geschwister:

Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Lebt noch: _____
Gestorben am: _____
Todesursache: _____

2. Geschwister:

Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Lebt noch: _____
Gestorben am: _____
Todesursache: _____

3. Geschwister:

Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Lebt noch: _____
Gestorben am: _____
Todesursache: _____

4. Geschwister:

Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Lebt noch: _____
Gestorben am: _____
Todesursache: _____

(Für weitere Geschwister separates Blatt beifügen)

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen bekannt seitens der Mutter?

Ja nein

Gibt es bei Ihren Vorfahren besondere Vorkommnisse, die Ihnen bekannt sind. Hat z.B. eines Ihrer Eltern einen Elternteil oder ein Geschwister früh verloren? Gab es Selbstmorde, Depressionen, mysteriöse Todesfälle?

Bisherige Lebenspartner:

Diese Seite bitte leer lassen!

1. _____
Wann: _____
Verhältnis: _____

2. _____
Wann: _____
Verhältnis: _____

3. _____
Wann: _____
Verhältnis: _____

4. _____
Wann: _____
Verhältnis: _____

Schwerwiegende Krankheiten:

Was?

Seit wann:

Geheilt? _____

Die folgenden Bereiche in meinem Leben bedürfen der Verbesserung:

Kommunikation	_____
Beziehung	_____
Berufliche Situation	_____
Wohnsituation	_____
Finanzen	_____
Hobbys / Freizeit	_____
Anderes:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diese Seite bitte leer lassen!

Nehmen Sie Medikamente?

Was?	_____
Wann?	_____
Wofür?	_____
Was?	_____
Wann?	_____
Wofür?	_____
Was?	_____
Wann?	_____
Wofür?	_____
Was?	_____
Wann?	_____
Wofür?	_____

Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Heilpraktikern, Ärzten?

Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____
Wann?	_____
Störung?	_____

Menschen die Sie verletzt oder enttäuscht haben:

Wer? _____
Wann? _____
Verarbeitet? Ja nein

Wer? _____
Wann? _____
Verarbeitet? Ja nein

Wer? _____
Wann? _____
Verarbeitet? Ja nein

Wer? _____
Wann? _____
Verarbeitet? Ja nein

Diese Seite bitte leer lassen!

Gibt es Gewohnheiten, die Sie loswerden möchten

Falls ja, welche? _____

Gibt es Phobien, die Sie loswerden möchten

Falls ja, welche? _____

Körperliche Störungen:

Verdauungsbeschwerden? _____
Rückenschmerzen? _____
Verspannte Schultern? _____
Kniebeschwerden? _____
Kopfweh / Migräne? _____
Schlafbeschwerden? _____
Allergien? _____
Chronische Müdigkeit? _____
Unerklärliche Muskelschmerzen? _____
Monatsbeschwerden oder PMS? _____
Haben Sie Amalgamfüllungen? _____
Wurden Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? _____
Wurde eine Wurzelbehandlung durchgeführt? _____
Wurden Sie schon von einer Zecke gebissen? _____

