

# 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?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Operationen?**

Was? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Narkose?  Ja  nein

**Hatten Sie Unfälle / Schicksalsschläge / Tod von  
nahestehenden Personen?**

Was? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verarbeitet?  Ja  nein

Was? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verarbeitet?  Ja  nein

Was? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verarbeitet?  Ja  nein

Was? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verarbeitet?  Ja  nein

**Ich fühle mich oft:**

Traurig \_\_\_\_\_  
Wütend \_\_\_\_\_  
Machlos \_\_\_\_\_  
Deprimiert \_\_\_\_\_  
Voller Angst \_\_\_\_\_  
Hilflos \_\_\_\_\_  
Ärgerlich \_\_\_\_\_  
Gestresst \_\_\_\_\_  
Orientierungslos \_\_\_\_\_  
Schuldig \_\_\_\_\_  
Unter Druck \_\_\_\_\_  
Unsicher \_\_\_\_\_

Diese Seite bitte leer lassen!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





