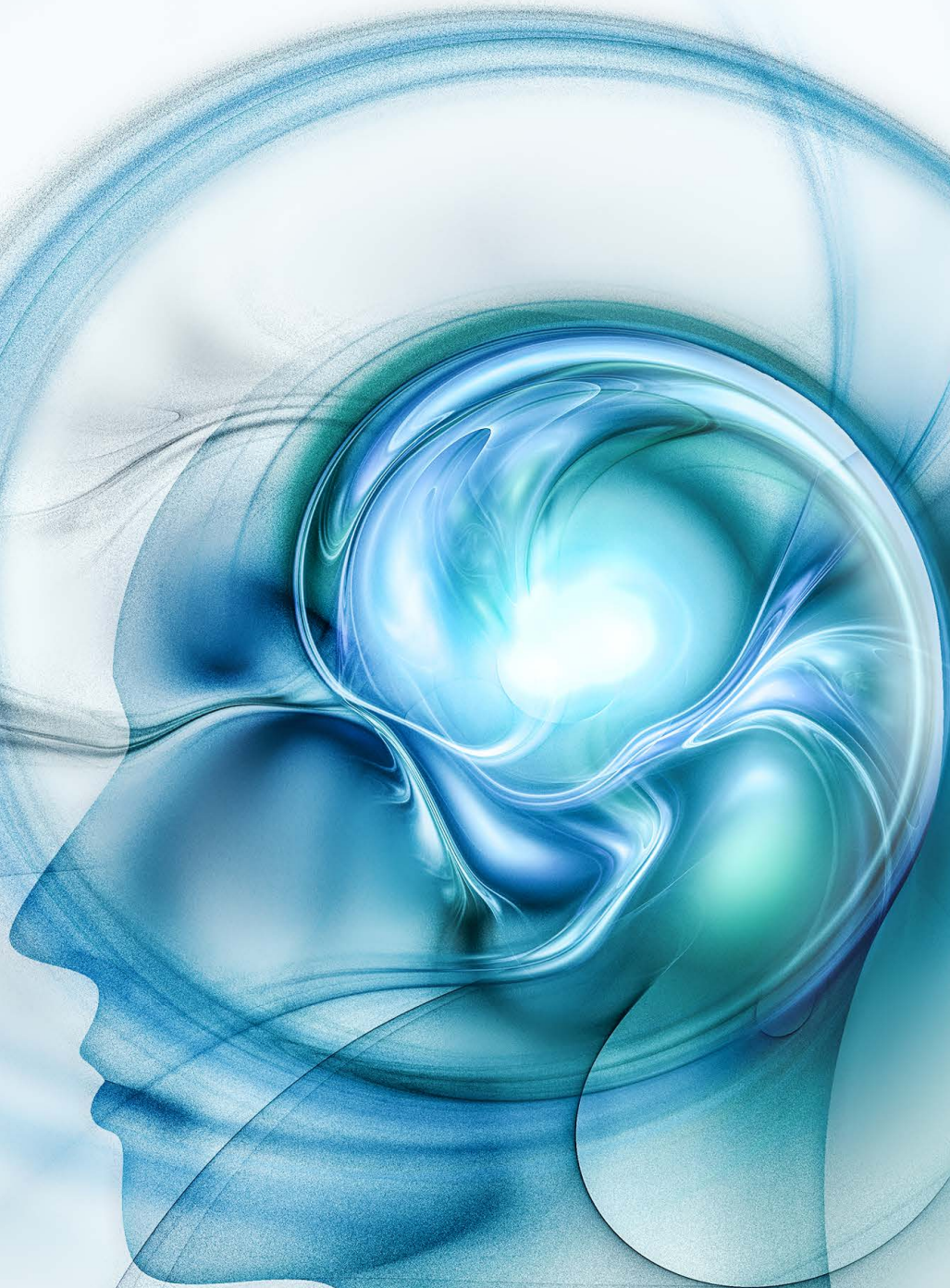




Fragebogen zur
Gewichtsreduktion



Fragebogen zur Gewichtsreduktion

Vorname/Nachname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mail

Alter

Geschlecht

Größe

Gewicht/BMI

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Ziel Gewicht?

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen? Ja Nein

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab? Oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, außer dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte? Ja Nein

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben? (z.B. Stress, Glück, Schuld usw.)

Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können? (z.B. Schokolade)

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus? (typische Nahrungsmittel, Menge, Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)

Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja, wann und wie?	Ja	Nein
Haben Sie oft Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“? (z.B. Geschäftsessen, Familienfeiern oder Einladungen?)	Ja	Nein
Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmäßig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert? (Hobbygourmet, Partner oder man kocht selbst gerne)	Ja	Nein
Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert? (z.B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)	Ja	Nein
Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?	Ja	Nein
Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum	Ja	Nein
Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?	Ja	Nein
Sind Sie oft mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?	Ja	Nein
Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?	Ja	Nein
Treiben Sie Sport? Wenn ja, was und wie oft pro Woche?	Ja	Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, welchen und wieviel in der Woche?

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?

Wieviel Wasser trinken Sie täglich?

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig? Ja Nein

Nehmen Sie aktuell vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist? (Abgleich auch über den gesundheitlichen Erfassungsbogen) Ja Nein

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann? Ja Nein
Wenn ja, welche? (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc)

Was glauben Sie, was das Hauptproblem ist, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) nicht Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können (**1 =überhaupt nicht zuversichtlich; 2=wenig zuversichtlich; 3=einigermaßen zuversichtlich; 4=zuversichtlich; 5=völlig zuversichtlich**)

Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem großen Wochenendeinkauf:

1 2 3 4 5

Bei einer Einladung ins Restaurant:

1 2 3 4 5

Bei Angst und Nervosität:

1 2 3 4 5

Bei Konzentrationsverlust:

1 2 3 4 5

Bei Stress, um zu entspannen:

1 2 3 4 5

Wenn Sie eine Pause von einer Beschäftigung machen

1 2 3 4 5

Im Beisein anderer, wenn diese viel essen:

1 2 3 4 5

Bei Ärger über etwas oder jemanden:

1 2 3 4 5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen:

1 2 3 4 5

Bei leichten Hungergefühlen:

1 2 3 4 5

Die Leistung von Elke Rottler, Hypnose-Coaching, beläuft sich auf beratende Tätigkeiten, Prävention und Lösung vielfältiger Konflikte, Probleme, Blockaden, Krisen und psychosomatischer Indikationen, bei denen keine klinische, seelische Erkrankung vorliegt.

Die Hypnose ist nichtmedizinisch und dient weder der Diagnose, noch der Heilung oder Therapie von Erkrankungen. Mit Inanspruchnahme dieser Tätigkeit bestätige ich, nicht an körperlichen oder seelisch – geistigen Erkrankungen zu leiden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers