

Anamnesebogen

Schriftliche Einverständniserklärung für Hypnosebehandlung
DiDo & Co – Doris Dirani Hypnosetherapeutin VSH / NGH



Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____ Geburtsdatum: _____

Befanden / Befinden Sie sich hinsichtlich Ihres Konsultationsgrundes in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder sonstiger ärztlicher Behandlung / Therapie?

Nein Ja \implies Diagnose: _____

Name und Adresse des Therapeuten / Arztes: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Nein Ja \implies Welche: _____

Für Frauen: sind Sie schwanger?

Nein Ja \implies In welchem Monat: _____

Welches ist Ihr jetziges Anliegen / wo wünschen Sie hypotherapeutische Hilfe:

- ❖ Abhängigkeiten / Suchtverhalten ändern
- ❖ Allgemeines Wohlbefinden stärken
- ❖ Allgemeine / sportliche Ziele erreichen
- ❖ Ängste / Phobien loslassen
- ❖ Blockaden lösen
- ❖ Gewicht regulieren
- ❖ Konzentration- und Lernfähigkeit stärken
- ❖ Negative Gefühle in positive umwandeln
- ❖ Negative Glaubenssätze umformulieren
- ❖ Ruhe und Gelassenheit erlangen
- ❖ Schlafstörungen
- ❖ Schmerztherapie
- ❖ Stress reduzieren
- ❖ Selbstbewusstsein aufbauen / stärken
- ❖ Selbsthypnose lernen und anwenden
- ❖ Trauer- / Stressbewältigung
- ❖ Willen stärken
- ❖ Anderes Anliegen:

Tarifliste und Angebote



Hypnosetherapie vor Ort:	Dauer:	Kosten:
Erstgespräch + Behandlung	90 Minuten	CHF 180.00
Folgebehandlungen	60 Minuten	CHF 120.00
	jede weitere Viertelstunde	CHF 30.00

Hypnosebehandlung Online:		
Erstgespräch	15 Minuten	gratis
Behandlung	45 Minuten	CHF 90.00
	jede weitere Viertelstunde	CHF 30.00

Onlinebehandlungen finden telefonisch via Handy (z.B. Videoanruf) oder PC statt (z.B. Zoom) – das vereinbaren wir beim Erstgespräch. Bitte Abdeckung (Internetverbindung) und Strom sicherstellen.

Bezahlung: bar oder TWINT

Wichtig: die Behandlungen können nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden.

Im Verhinderungsfall benachrichtigen Sie mich bitte 24 Stunden vorher, damit die versäumte Behandlungszeit nicht in Rechnung stellen muss.

Ich bestätige, von obigen Angaben Kenntnis genommen zu haben und mache wahrheitsgetreue Angaben. Mit der Behandlung bin ich einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift
.....

Besten Dank für Ihr Vertrauen!

