



CHRISTINE BLUNCK
HEILPRAKTIKERIN

Homöopathie · Hypnose · Coaching

Patientendaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung und Zusatzversicherung: _____

Schulabschluss und Beruf: _____

Telefon (zuhause, mobil, Arbeit): _____

Email: _____

Familienstand und Kinder (Name und Alter): _____

Eltern und Geschwister (Name und Alter): _____

Der Besuch in meiner Praxis ersetzt nicht die ärztliche Beratung oder Behandlung.

Mir wird in keiner Weise davon abgeraten, ärztliche und/oder andere professionelle Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen oder weiterzuführen, und/oder Medikamente ohne die ausdrückliche Zustimmung meines Vertrauensarztes abzusetzen.

Mir ist bewusst, dass generell an der Stärkung meiner Gesundheit durch die Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte gearbeitet wird. Ich selbst bin maßgeblich am Erfolg der Behandlung beteiligt.

Kontakt per E-Mail (zwecks Qualitätskontrolle, Follow up) ist erlaubt: ja/nein _____

Datum

Unterschrift

CLAUDIUSSTRASSE 3 · 80992 MÜNCHEN

Tel. 089 / 14338725

www.praxis-blunck.de

kontakt@praxis-blunck.de

Anamnesebogen

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Besteht eine Schwangerschaft? ja/nein _____

Wie gut schlafen/entspannen Sie? gut/normal/schlecht

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie?

(seelisch/psychisch oder körperlich) ja/nein _____

Wenn ja, warum?

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung? ja/nein

Wenn ja, welche?

Waren Sie je in Behandlung wegen

Herzkrankheiten? ja/nein _____

Diabetes? ja/nein _____

Thrombose? ja/nein _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ja/nein _____

Wenn ja, warum und welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Erfahrungen mit Drogen gemacht? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Epilepsie ja/nein _____

Starkes Asthma ja/nein _____

Sonstige Anfallserkrankungen ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Andauernde starke Schmerzen ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie stark sind die Schmerzen, wenn 1 der niedrigste und 10 der höchste Wert ist?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erhebliche Kreislaufprobleme? ja/nein _____

Ihr Blutdruck ist normal/zu hoch/zu niedrig _____

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B/C, HIV etc.) ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Probleme mit Schultern, Armen, Nacken, Händen, Handgelenken? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Sonstige schwere körperliche Erkrankungen? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Körperliche und/oder geistige Behinderung? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

In Behandlung bei einem Psychiater oder Neurologen? ja/nein

Falls ja, haben Sie mit ihm über eine möglichen Hypnosetherapie gesprochen und hat er sein Einverständnis gegeben? ja/nein _____

Schwere psychische Erkrankungen? (Psychose, Schizophrenie, Borderline etc) ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Abhängigkeit und Medikamenten? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Drogenabhängigkeit? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Cannabis-Konsum Innerhalb der letzten Woche? ja/nein

Alkoholabhängigkeit? ja/nein _____

ADS, ADHS oder Hyperkinetische Störung? ja/nein _____

Wenn ja, welche?

Welche Menschen haben Sie in Ihrem Leben am meisten verletzt/enttäuscht? Mutter/Vater/

Andere _____

Gab es einen Missbrauch oder sexuellen Übergriff? ja/nein _____

Mit welchem Thema/Problem kommen Sie in meine Praxis?

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist dein Problem (1 = niedrig; 10= extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?

Gab es einen speziellen Auslöser für Ihr aktuelles Problem/Ihre aktuelle Krankheit?

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer?

An was werden Sie durch das Problem/die Krankheit in ihrem Leben gehindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

Was haben Sie schon unternommen, um dieses Problem zu lösen/lindern? (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg):

Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen) ja/nein

Wenn ja, wann? _____

Haben Sie Erfahrungen mit Homöopathie, Hypnose, systemischer Therapie und/oder Coaching? Erfolgreich?

Behandlungsziel:

Bitte beschreiben Sie, was die wichtigste Veränderung ist, die Sie erreichen wollen.

Beschreiben Sie diese Veränderung so klar und vollständig wie möglich.

Was würde sich durch diese Veränderungen in Ihrem Leben ändern? (Notieren Sie bitte mindestens sieben Vorteile in positiver Formulierung, also statt „*Ich habe keine Angst mehr*“, „*Ich fühle mich frei und sicher*“)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Sind Sie bereit, aktiv an der Therapie und an der Erreichung Ihres Zieles mitzuarbeiten?

Wie sehr sind Sie bereit, Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen? (1= wenig, 10= viel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was ist das Allerwichtigste in Ihrem Leben? (max. 3)

Glauben Sie an eine höhere Kraft? ja/nein/vielleicht _____

