# Ihre Spezialistin für positive Gestaltung von Veränderungen. Individuelle Entspannungsreise mit Absicht auf das Kunden Thema abgestimmt

# Bestandsaufnahme / für die Entspannungsreise inkl. Live-Klavierspiel

# **Personalien:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kunde/in | □ Herr | □ Frau |
| Familienname |  |
| Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  |
| PLZ / Ort |  |
| Geburtsdatum |  |
| Tel. Privat  |  |
| E-Mail |  |
| Kontaktperson Notfälle  |  |

# **Bestandsaufnahme:**

Bitte füllen Sie den Bewertungsbogen unter Verwendung des folgenden Schlüssels aus:

Fragen zu Medikamenteneinnahme und Sonstiges:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Teils/Teils | Nein |  |  |
| Nehmen Sie Medikamente (Psychopharmaka)? Wenn ja welche? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Nehmen Sie Drogen? Wenn ja welche? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Leiden Sie unter Epilepsie? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Sind akute Beschwerden vorhanden? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Bestehen akute Psychosen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Gibt es eine fehlende Bereitschaft? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Durch Glaubens- oder ähnliche Bedenken? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Haben Sie Erfahrung mit Trancereisen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Leiden Sie unter Suchterkrankungen? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Leiden Sie unter Diabetis? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
|  |

# **Allgemeine Fragen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Teils/Teils | Nein |  |  |
| Trinken Sie Alkohol? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Rauchen Sie? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Sind Sie Schwanger? | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| Haben Sie irgendeine Psychotherapie besucht? Wenn ja, bitte Ergebnisse unter Bemerkung eintragen. | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Existieren psychische Erkrankungen in der Familie? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Haben Sie momentan viel Stress? Level von 0 – 10 (0 ist wenig, 10 ist hoch) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Treiben Sie Sport? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Haben Sie Hobbies? Wen ja welche? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Befinden Sie sich in einer Beziehung? | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Gibt es Lebensmittelunverträglichkeiten? Wenn ja welche?  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |

**Bemerkungen:**

Gibt es etwas was der Prozessbegleiter besonders beachten sollte? Oder unbedingt tun? Oder sollte etwas unbedingt vermieden werden?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Gibt es sonst noch eine Information, die hilfreich für eine erfolgreiche Session sein kann?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |
|  |
|  |
| Unterschrift Kunde/in |

Ich übernehme die volle Verantwortung für mein Tun und bestätige hiermit die Richtigkeit obiger Angaben. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.