



Bitte füllen Sie diesen Bogen im Namen Ihres Kindes aus.

1. Persönliche Daten des Kindes

Vorname ihres Kindes

Nachname ihres Kindes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

Geburtsdatum

Grund der Hypnose

2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Google ☐ Facebook ☐ Zeitung

Sonstiges

3. Haben Sie (oder ihr Kind) Erfahrung mit Hypnose?

☐ Ja ☐ Nein

4. Hat Ihr Kind diagnostizierte gesundheitliche Einschränkungen (psychisch/körperlich)? (bspw. Epilepsie, Depression, Psychose etc.)

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

5. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____



6. Daten der Eltern

Vorname der Mutter

Nachname der Mutter

Vorname des Vaters

Nachname des Vaters

7. Wer ist sorgeberechtigt?

☐ Beide ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere: _____

8. Hat ihr Kind Geschwister?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele? _____ Wie alt? _____

9. Welche Personen leben im Haushalt Ihres Kindes?

10. Wann begannen die Auffälligkeiten/Probleme?

11. Was haben Sie diesbezüglich bereits unternommen? (z.B. Therapien, etc.)

12. Gibt es in der Familie Ihres Kindes Angehörige mit psychischen Erkrankungen?



13. Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung?

14. Gibt es weitere relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes?

Vielen Dank für die umfangreichen Informationen!

Die Methodik der Kinder- und Jugendhypnose und der angewandten Trancetechniken wurden mir/uns eingehend erläutert.

Mir/uns ist bewusst, dass sowohl die Eltern, als auch das Kind für einen entsprechenden Therapieerfolg mitverantwortlich sind.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass unsere Tochter/our Sohn in ihrer Praxis hypnotisiert wird.

Die Hypnosebehandlung ersetzt keine ärztliche Behandlung oder Therapie.

Nach Abschluss der Behandlung wird Ihnen eine reguläre Rechnung zugestellt.
Änderungen an bereits versandten Rechnungen können nicht mehr vorgenommen werden.
Sollten Sie zur Einreichung und Erstattung unserer Rechnung bei Ihrer Krankenkasse besondere Anforderungen haben, notieren Sie diese bitte hier.

Datum

Unterschrift