

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

**Heilpraktikerin**

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

## Anamnese - Fragebogen Ängste und Phobien

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Alle Angaben dienen einer individuell auf Sie abgestimmten Behandlungs- und Beratungsplanung und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Alle erfassten Daten unterliegen der Schweigepflicht.**

Nehmen Sie ärztlich verordneten Medikamente ein?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, was, seit wann und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

Welche frei verkäuflichen Arzneimittel und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein? In welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen (z.B. Paracetamol, Ibuprofen) ein?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, seit wann, was und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Anfallskrankheit (Epilepsie)? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Herzinfarkt? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schlaganfall? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Herzerkrankungen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Thrombose? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Neurologischen Erkrankung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie eine psychische Erkrankung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Operationen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, bei wem und was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Empfinden Sie starke Angst- oder Panikgefühle, wenn Sie sich an bestimmten Orten, in bestimmten Situationen oder in der Gegenwart bestimmter Menschen befinden?  
Wenn ja, beschreiben Sie die Situation bitte genauer.

Seit wann ist das so? Gab es einen bestimmten Verlauf? Hat sich das mit der Zeit verstärkt oder vermindert?

Macht Sie allein der Gedanke an diese Situation/en nervös oder verursacht er

Angstgefühle? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Empfinden Sie sich als übersensibel bezüglich eines bestimmten, möglicherweise angstbesetzten Themas oder wurden Sie von anderen diesbezüglich als übersensibel

bezeichnet? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Verharmlosen Sie manchmal Ihre Empfindungen gegenüber anderen? Versuchen Sie

sie zu verbergen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Vermeiden Sie bestimmte Orte, Situationen oder Personen, gegenüber denen Sie

unangenehme Gefühle oder Ängste empfinden? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, beschreiben Sie das bitte näher:

Wurde Ihr Leben in den letzten Jahren bzw. seit Beginn Ihrer Abneigung bzw. Angst

eingeschränkter? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie sich zurückgezogen oder können Sie an einer oder mehreren bestimmten Aktivitäten aufgrund Ihrer Ängste nicht mehr teilnehmen, an der Sie früher Freude

hatten und teilnehmen konnten? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Sind diese Ängste / Gefühle abhängig von irgendwelchen äusseren Faktoren wie Stress,

Privatleben, Ernährung oder Gesundheit allgemein? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Sind sie phasenweise stärker oder schwächer (evtl. auch ganz verschwunden?) und lässt sich erkennen, wieso? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, begründen Sie dies bitte \_\_\_\_\_

Haben Sie bei sich schon einmal Tendenzen zu einer Zwangsstörung festgestellt oder lag schon einmal eine tatsächliche Zwangsstörung vor (Zwangsgedanken,

Zwangshandlungen o.ä.) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, besteht irgendeiner Form ein Zusammenhang zu Ihren Ängsten? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Haben Sie (evtl. zusätzlich zur bisher beschriebenen Symptomatik) Angst vor einer oder mehrerer der folgenden konkreten Situationen, Personen oder Tätigkeiten?

• Höhe (wenn ja, wie hoch?) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Fliegen im Flugzeug Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Enge Räume (z.B. Fahrstühle, Kernspin-Tomograph o.ä.) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Geschlossene Räume bzw. Räume, die man nicht schnell verlassen kann (Tunnel, Konzerthallen) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Spritzen, Blut, Anblick von Verletzungen Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Prüfungen oder andere Situationen, in denen Sie sich vor anderen Menschen beweisen müssen Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Reden halten oder in anderer Form vor grösseren Gruppen von Menschen auftreten (z. B. In der Abteilungsbesprechung ein Projekt vorstellen oder als Braut den Weg zum Altar schreiten, während alle Sie ansehen) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Wetterphänomene (Donner / Blitz / Sturm) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Autofahren Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Wenn ja, in welchen Situationen ab welcher Geschwindigkeit?

---

• Fahren mit dem Schiff oder Boot Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Tiere (z. B. Ratten, Mäuse, Spinnen, aber auch Haustiere wie Hunde oder Katzen)

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Bestimmte Menschen (z. B. Kollege, Chef, Nachbar) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Sonstige Situationen, die zuvor noch nicht genannt wurden Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche?

---

Wie fühlt es sich an, wenn Sie in der jeweiligen Situation Angst oder unangenehme Gefühle haben? •

Nervosität Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Innere Unruhe Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Kribbeln im Körper Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Taubheitsgefühle im Körper Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Herzklopfen oder Auffälligkeit des Herzschlags in anderer Form (Poltern, Stolpern)

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Auffälliges Pochen einer Ader z.B. am Hals Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Schwäche- oder Schwindelgefühl Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Todesangst, Panik, Verlangen, sofort zu fliehen Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

• Atembeschwerden (besonders schnelles Atmen, nach Luft schnappen, Engegefühl

im Brust- oder Bauchbereich) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

- Gefühl, auf die Toilette zu müssen (nur gefühlt oder tatsächlich) Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
  - Sonstige Gefühle oder Wahrnehmungen, die bisher noch nicht genannt wurden...
- 

Möchten Sie ansonsten noch etwas anmerken, das bisher vielleicht noch nicht erwähnt wurde?

---

---

## Bitte beantworten Sie zusätzlich folgende Fragen.

Haben Sie schon einmal erfolgreich mit Entspannungstechniken wie Yoga oder Meditation gearbeitet?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst schon einmal Hypnose erlebt? Wenn ja, wie war das, wie ist der Kollege vorgegangen?

---

Wenn nein, welche Vorstellung verbinden Sie mit der Hypnose?

---

Haben Sie eine künstlerische Neigung und / oder Begabung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Können Sie sich so in eine Tätigkeit vertiefen, dass Sie darüber die Zeit vergessen?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

# Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland

Diplom – Biologin

## Heilpraktikerin

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Können Sie sich so in Gedanken verlieren, dass Sie in einer „anderen Welt“ sind?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Würden Sie Ihre Phantasie als lebhaft beschreiben?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Fällt es Ihnen leicht, Gefühle zu zeigen?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wo würden Sie gerne Ihren Urlaub verleben? Was wäre Ihr diesbezüglicher Traum?

\_\_\_\_\_

An welches schöne Erlebnis erinnern Sie sich besonders gerne?

\_\_\_\_\_

Mit welchen drei Worten würden Sie dieses schöne Erlebnis beschreiben?.

\_\_\_\_\_

Ihre Lieblingsfarben sind ? \_\_\_\_\_

Welche Farben gefallen Ihnen überhaupt nicht? \_\_\_\_\_

Fliegen Sie gerne? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Lieben Sie die See, das Meer, Strand? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_



# **Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland**

Diplom – Biologin

**Heilpraktikerin**

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

Fahren Sie lieber an die See oder lieber in die Berge?

---

Mögen Sie die Kälte oder lieben Sie die Wärme?

---

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

---

Datum, Ort

Unterschrift

# **Dr.rer.nat. Aleksandra Heitland**

Diplom – Biologin

## **Heilpraktikerin**

Im Heidkampe 120 30659 Hannover

Tel.: 0511 – 6497096 Fax: 0511 – 9675506

## **Allgemeine Geschäftsbedingungen**

- Es wird eine psychologische / psychotherapeutische Behandlung / Beratung vereinbart, die in Form einer Hypnosetherapie oder als durchgeführt wird.
- Ziel ist beispielsweise die Stärkung oder Aktivierung innerer Ressourcen zur Verbesserung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens, der Stärkung des Selbstwertgefühls, des allgemeinen Wohlfühlens des Patienten, aber auch die eigene lösungsorientierte Hilfe bei individuellen Problemen.
- Dem Patienten/ der Patientin ist bekannt, dass eine Garantie für den Erfolg der Behandlung/ Beratung nicht übernommen werden kann weil ein wesentlicher Erfolgsfaktor in der Subjektivität und Individualität des Patienten begründet ist.
- Die Therapeutin Frau Dr. Aleksandra Heitland garantiert die Schweigepflicht und Diskretion. Die Informationsweitergabe gegenüber Leistungsträgern oder Familienangehörigen bedarf der Schweigepflichtentbindung durch den Patienten/ die Patientin.
- Vereinbarte Termine sind ausnahmslos einzuhalten. Bei Verhinderung ist eine Absage mindestens 2 Tage vorher mittels e-mail oder Stornierung des vereinbarten Termins im Terminland (vom Patienten elektronisch buchbare Termine) erforderlich. Bei Nichteinhaltung wird der volle Behandlungspreis fällig.
- Der Patient/ die Patientin wurde über etwaige Risiken bei bestehenden Anfallsleiden, schweren Herz -Kreislaufkrankungen oder psychischen Erkrankungen informiert und entbindet die Therapeutin mit seiner Unterschrift von der Verantwortung.
- Im Zweifelsfall legt der Patient eine ärztliche Bescheinigung der Unbedenklichkeit zur Anwendung von Hypnose- bzw. Entspannungsverfahren vor.

**Ich habe die Geschäftsbedingungen gelesen, verstanden und akzeptiert.**

---

Datum, Ort

Unterschrift