



Fragebogen zur Gewichtsreduktion

Erfassungsdatum: _____

Vor- /Nachname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergrösse: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Zielgewicht? _____ kg

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie korrektes Essverhalten aussehen sollte, ausser dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht? _____

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?



Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z.Bsp. Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld...)?

Welche Nahrungsmittel geniessen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, dass Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z.Bsp. Schokolade)?

Wie ist Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag (typische Nahrungsmittel / Menge /Zuverlässigkeit und Regelmässigkeit der Mahlzeit)?

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja – wann und wie?



Haben Sie oft Situationen, in den Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“ (Geschäftessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter ..)?

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmässig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert (Hobby-Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwendige Menüs ..)?

Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z.B. Beruf im Einzelhandel oder im Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind? **Ja** **Nein**
Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit? **Ja** **Nein**
Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben? **Ja** **Nein**

Treiben Sie regelmässig Sport – wenn ja, welche Sportart und wie häufig?

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wieviel in der Woche?

Wieviel Wasser trinken Sie täglich? _____ ltr.

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag? _____ St.

La vita Consulenza



Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

Nehmen Sie zur Zeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung ist?

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störungen)?

Was glauben Sie ist Ihr Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft, (also ohne Unterstützung durch Hypnose) **nicht** Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

1 = überhaupt nicht zuversichtlich 2 = wenig zuversichtlich 3 = einigermaßen zuversichtlich
4 = zuversichtlich 5 = völlig zuversichtlich

- Bei einer Einladung in ein Restaurant?
- Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem grossen Einkauf?
- Im Beisein anderer, wenn diese viel essen?
- Bei Angst oder Nervosität?
- Bei Ärger über etwas oder jemanden?
- Bei Konzentrationsverlust?
- Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen?
- Bei Stress um zu entspannen?
- Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen?
- Bei leichten Hungergefühlen?

1	2	3	4	5

Hiermit bestätig ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Unterschrift des Klienten:

Unterschrift Therapeut:

Ort, Datum: _____