

# Anamnesebogen



Name: .....

Termin am: .....

Alter: .....

- Persönlich/vor Ort
- Online

**Hast du Probleme mit folgenden Themen?** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                      |                                     |   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Angst          | <input type="radio"/> Allergien     | <input type="radio"/> Phobien             |
| <input type="radio"/> Sorgen         | <input type="radio"/> Rauchen       | <input type="radio"/> Selbstwert          |
| <input type="radio"/> Unsicherheiten | <input type="radio"/> Appetit/Essen | <input type="radio"/> Respekt             |
| <input type="radio"/> Gewohnheiten   | <input type="radio"/> Stress        | <input type="radio"/> Suizid              |
| <input type="radio"/> Schlaf         | <input type="radio"/> Träume        | <input type="radio"/> Schmerz             |
| <input type="radio"/> Arbeit         | <input type="radio"/> Ehe/Beziehung | <input type="radio"/> Liebe               |
| <input type="radio"/> Panik          | <input type="radio"/> Lernen        | <input type="radio"/> Drogen/Medikament   |
| <input type="radio"/> Trauer         | <input type="radio"/> PTSD/PTBS     | <input type="radio"/> Zorn/Ärger          |
| <input type="radio"/> Schuld         | <input type="radio"/> Zwänge        | <input type="radio"/> Gewicht             |
| <input type="radio"/> Vertrauen      | <input type="radio"/> Besessenheit  | <input type="radio"/> Sportliche Leistung |

## Checkliste: Kontraindikationen

Kontraindikation	Ja	Nein	Ergänzungen
Geistige Behinderung			
Herz-/Kreislaufkrankungen			
Psychosen (Schizophrenie, Bipolare Störung, Wahn...)			
Depression			
Persönlichkeitsstörung			
Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Medikamente)			
Psychopharmaka			
Kürzlicher Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Thrombose			
Epilepsie			
Nervenkrankheit			
Schwangerschaft			
Minderjährigkeit			

**Gibt es andere Probleme, die nicht oben aufgeführt sind? Wenn ja, welche?**

.....

## Medizinische Vorgeschichte



Bitte beantworte die folgenden Fragen vertraulich. (Bitte zutreffendes ankreuzen)

**Hast du medizinische diagnostizierte Erkrankungen?**

NEIN     JA    Diagnose \_\_\_\_\_

**Hast du diagnostizierte psychische Erkrankungen?**

NEIN     JA    Diagnose \_\_\_\_\_

**Ist dein behandelnder Hausarzt in Kenntnis über deine oben angegebenen Diagnosen?**

NEIN     JA

**Bitte gib mir die genauen Angaben über die Medikamente, welche du regelmäßig und bei Bedarf einnimmst.** (Name des Produkts und Wirkungsbereich)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Notfallkontakt für Online-Sitzungen:** \_\_\_\_\_

[Bitte Name und Telefonnummer angeben für den Fall, dass während deiner Sitzung die Verbindung (Strom/Internet/etc.) unterbricht, eine Person informiert ist, die gegebenenfalls nachsehen kann, ob es dir gut geht und ich mir keine Sorgen mache, wenn du dich nach einer gewissen Zeit nicht wieder mit mir verbinden kannst.]

**Hast du Hörprobleme?**             NEIN     JA

**Welche gesundheitsbezogenen Fragen würdest du gerne in der Sitzung stellen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

**Was möchtest du mit der Sitzung erreichen?**

\_\_\_\_\_

**Gibt es traumatische Erfahrungen in deinem Leben?**

\_\_\_\_\_

**Hast du Phobien?**

\_\_\_\_\_



## Fragen an dein Höheres Selbst

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

9.

.....

10.

.....

**Hat Ida deine Erlaubnis die anonymisierten Informationen deiner Sitzung auf Youtube zu teilen?**

JA  NEIN

**Hat Ida deine Erlaubnis deine Videoaufzeichnung deiner Sitzung auf Youtube zu teilen, nachdem du sie zuerst angesehen hast und glücklich bist mit dem Inhalt?**

JA  NEIN

**Um eine Sitzung fest zu buchen ist vorab eine Summe von 111,- € über Paypal zu tätigen. Der Restbetrag von 222,- € ist 24 Stunden vor dem Sitzungstermin zu entrichten. Wenn bis 48 Stunden vor deinem Termin keine Stornierung bei mir eintreffen sollte, wird die Vorauszahlung nicht erstattet. Bist du mit diesen Bedingungen einverstanden?**

JA  NEIN

**Ich verstehe das der Restbetrag vor der Sitzung per Paypal gezahlt werden muss, damit die Sitzung stattfinden kann.**

JA  NEIN

**Gibt es noch etwas, dass ich deiner Meinung nach wissen sollte, bevor wir uns an diesem Tag online treffen?**

.....



Ich verstehe, dass der Erfolg der Online-Sitzung zur Rückführung in vergangene Leben auf meiner Bereitschaft beruht mich zu entspannen und mein Ego-Bewusstsein zur Seite zu schieben.

Ich verstehe auch, dass der Preis der Sitzung 333,- € beträgt, der als Ausgleich für Ida's Zeit und ihrer Kompetenz als geschulte Rückführungstherapeutin dient.

Ich verstehe, dass es in meiner Verantwortung liegt, mir eine sichere und angenehme Umgebung zu schaffen, um die Online-Sitzung durchzuführen.

Ich habe am Tag der Online-Sitzung ein Headset mit Microphon (vor dem Mund) bereit und funktionsfähig, damit es keine Verständigungsprobleme gibt und der Ton standhält.

Ich verstehe auch, wenn die Internetverbindung ausfallen sollte während der Sitzung, dass alles, was ich tun muss, um aus dem Theta-Zustand herauszukommen, darin besteht, allmählich wacher zu werden, bis ich bei vollem Bewusstsein bin oder ich kann auch einschlafen und erfrischt aufwachen.

Ich verstehe, dass Ida meine anonymisierten Informationen auf Ihrem Youtube-Kanal teilen wird, wenn ich dem zustimme, in dem ich JA ankreuze. Ich verstehe, dass Ida das bearbeitete Video auf Ihrem Youtube-Kanal veröffentlicht, wenn ich dem zustimme, indem ich JA ankreuze.

Ich verstehe auch, dass, wenn ich NEIN zum teilen meiner anonymisierten Informationen und NEIN zum teilen meines Videos ankreuze, Ida keine meiner Informationen weitergeben wird.

Ich nehme zur Kenntnis, dass hierfür die Summe von 333,- € zu entrichten ist und ich habe bei der Buchung bereits 111,- € bezahlt. Die restlichen 222,- € bezahle ich 24 Stunden vorher per Paypal an [paypal.me/idakrassmann](https://www.paypal.me/idakrassmann).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und erkenne deren Relevanz in Bezug auf mein eigenes Wohlbefinden während der Sitzung an.

Ort, Datum

-----  
Signatur

**Haftungsausschluss:**

Hiermit bestätige ich, dass ich trotz meiner Kontraindikation(en) die Hypnoseseitzung durchführen möchte und mir der potenziellen Gefahren bewusst bin. Ich schließe mit meiner Unterschrift jegliche Haftung von Ida Kraßmann aus.

-----  
Signatur