

# Anamnesebogen



Name: \_\_\_\_\_ Sitzungsdatum: \_\_\_\_\_

- Persönlich/vor Ort
- Online

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

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

**Checkliste - Kontraindikationen (zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ja	Nein	
		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? Was ist deine Hauptmotivation?

---

---

Gibt es traumatische Erfahrungen in deinem Leben?

---

---



## 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 zu buchen ist vorab eine Summe von 222,- € über Paypal oder Überweisung zu tätigen. Der Restbetrag von 333,- € für deine Online-Sitzung/ 555,- € für deine persönliche Sitzung 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/persönlich 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 555,- € (online)/777,- € (persönlich) 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 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 bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass hierfür die Summe von 555,- € (online)/777,- € (persönlich) zu entrichten ist und ich habe bei der Buchung bereits 222,- € bezahlt. Die restlichen 333,- € (online)/555,- € (persönlich) bezahle ich 24 Stunden vorher per Paypal an [paypal.me/idakrassmann](https://www.paypal.me/idakrassmann) oder Banküberweisung an DE53 1001 1001 2622 6730 26.

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

---

Unterschrift

### **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.

---

Unterschrift

## Klienten-Informationsblatt & Datenschutzerklärung



Name: ..... Sitzungsdatum: .....

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

Geschlecht: .....

Adresse (Str./Nr.; PLZ/Ort): .....

Telefonnummer: .....

Email: .....

Familienstand: ..... Kinder (Anzahl): .....

Beruf: .....

Hast du bereits Erfahrungen mit Hypnose gemacht? .....

### Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung

Die oben angegebenen personenbezogenen Daten werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und dienen ausschließlich statistischen Zwecken. Die Daten werden zu keiner Zeit an Dritte weitergegeben.

Ich willige ein, dass Ida Kraßmann die oben angegebenen Daten zum Zwecke statistischer Erhebungen in schriftlicher oder elektronischer Form speichern darf.

Ich bin gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Ida Kraßmann umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß Artikel 17 DSGVO kann ich jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch oder per Email übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einverständniserklärung



1. Ich bin freiwillig hier und unterziehe mich der nachfolgenden Hypnose aus freiem Willen.
2. Ich verstehe, dass diese Hypnosesitzung ausschließlich informativen und emotionalen Zwecken dient. Sie ersetzt keine medizinische oder psychologische Beratung, die nur durch einen ausgebildeten Arzt oder Psychologen erfolgen kann.
3. Ich erkläre mich dazu bereit, durch Entspannungstechniken, Visualisierungen, Stressreduktionstechniken und Hypnose begleitet zu werden, und bin mir bewusst, dass diese Modalitäten spiritueller und nicht medizinischer Natur sind. Es unterliegt meiner eigenen Verantwortung, meinen Hausarzt über körperliche Veränderungen oder Veränderungen meiner Medikation zu informieren.
4. Ich verstehe, dass jegliche Empfehlungen, die während der Sitzung gegeben werden, Teil eines persönlichen Coaching- und Beratungsprogramms und ausschließlich informativer Natur sind.
5. Ich verstehe, dass ich ein kooperativer Mitgestalter meines Hypnoseerlebnisses bin.
6. Ich verstehe, dass ein hypnotischer Zustand kein schlafender Zustand ist. Während einer hypnotischen Trance könnte ich meine Augen öffnen, sprechen, lachen, weinen, laufen und mir meiner Umgebung bewusst sein. Wenn ich während der Sitzung entspanne und meine Gedanken und Gefühle frei fließen lasse, kann ich mich an vergessene Erlebnisse in diesem und in anderen Leben erinnern und eine höhere Perspektive einnehmen.
7. Ich verstehe, dass mein weiterer Fortschritt nach der Sitzung abhängig davon ist, wie gut ich mich um mein körperliches, geistiges, emotionales und spirituelles Wohlbefinden kümmere.
8. Ich verstehe, dass jegliche Veränderung meiner eigenen Verantwortung unterliegt. Ich verstehe, dass jede Form von Heilung in ihrem Kern Selbst-Heilung ist und Ida Kraßmann mir nur als Prozessbegleiterin dabei hilft, meine eigenen Probleme zu lösen. Es unterliegt meiner Verantwortung, offen und ehrlich zu sein, akkurates Feedback zu geben und mitteilend zu sein mit Informationen und Details, die mir dabei helfen können, mein Ziel zu erreichen.
9. Ich verstehe, dass Veränderung ein Prozess ist und Zeit braucht.
10. Ich verstehe, dass unsere Sitzung für meine spätere Nutzung digital aufgezeichnet wird und dass Ida Kraßmann das Urheberrecht an der Aufnahme besitzt und behält. Ich verstehe, dass in Sitzungen metaphysischer Natur die Energie im Raum die Geräte beeinflussen und zu Statik und Leere auf der Aufnahme führen kann.
11. Ich verstehe, dass in Hypnosesitzungen oft Informationen gegeben werden, die der Menschheit nutzen können. Ich erlaube Ida Kraßmann, diese Informationen und jedwede begleitende Geschichte in jeglicher mündlichen, schriftlichen oder medialen Form zu teilen, solange mein voller Name und alle persönlichen Details gestrichen oder verändert werden.

Ich bin volljährig und beuge mich in diese Kooperation aus freiem Willen. Ich akzeptiere, dass Ida Kraßmann Hypnose, Rückführungstechniken und andere angemessenen Modalitäten anwendet. Daher befreie ich sie von allen Ansprüchen meinerseits bezüglich Schadensersatz, Urheberrecht, oder jeglicher anderer Art, die aus meiner kooperativen Teilnahme entstehen können. Ich habe diese Einverständniserklärung erhalten, gelesen und verstehe, was ich gelesen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift