



Corinna Hafizi
Teerosenweg1a
22177 Hamburg
Mobil: 0176 301 470 61
E-Mail: heilungmitherz@outlook.de
www.heilungmitherzundfeingefuehl.de

Patienten Fragebogen

Ihre Angaben werden absolut diskret behandelt. Ich danke Ihnen für Ihre Offenheit!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Auf Empfehlung von: _____

Internetseite: _____

Nachfolgende Fragen bitte ehrlich und spontan beantworten - falls möglich, bitte mit Alters- bzw. Jahresangaben.

(Beispiele: „Unfall/Operation im 15. Lebensjahr“ oder „Erschöpfungszustände seit ca. November 1995)

1. Familienstand/Kinder: _____

2. Krankheiten i. der Kindheit/Jugend: _____

3. Dauerhafte Erkrankungen _____

4. Krankheiten, Unfälle, Operationen, Bewusstlosigkeit, Krankenhausaufenthalte:

5. Traumatische Erlebnisse, Schockerlebnisse, Verluste, Gewalterfahrung:

6. (Falls in der Kindheit bzw. Jugendzeit geschehen – bitte auch angeben):

7. Suchterkrankung

8. Ängste die konkret benannt werden können (Beispiele: Flugangst, Höhen-Platzangst, ausgeprägt- Zukunfts- und Existenzangst)

9. Welche der nachfolgenden Zustände haben Sie bei sich beobachtet? Zutreffendes bitte unterstreichen

Alpträume, Schlaflosigkeit, Atemprobleme, psychische Erschöpfung, Energieabfall, starke Müdigkeit, große Unruhe (wie gehetzt sein), un gutes Gefühl in der Magengegend Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Herz-Kreislauf-Probleme, Magenschmerzen, Übelkeit, Angst- und/oder Panikattacken, Innere Stimmen hören, Gefühle von Traurigkeit und/oder Ängste, die nicht konkret benannt werden können, Niedergeschlagenheit/Depression, plötzliche Verhaltensänderungen (Stimmungsschwankungen, verminderte Impulskontrolle, geringe Frustrationstoleranz, d. h. schnell gereizt, aufbrausend).
Mühe Blickkontakt zu halten? Längere Arbeitsunfähigkeit. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Bitte ergänzen Sie, falls etwas zutrifft das nicht aufgeführt wurde!

Einschneidende Erlebnisse (z. B. Scheidung, Arbeitslosigkeit, Mobbing, Verlust eines Partners Oder Ähnliches?

Gibt es problematische Situationen/Themenbereiche/Konflikte, die sich wie „ein roter Faden“ durch Ihr Leben ziehen? (Kann sich auch in Gestalt von Personen bzw. Beziehungen, Erlebnisse am Arbeitsplatz zeigen. Beispiel: Wiederkehrende Beziehungsmuster in Partnerschaften...Dieser „rote Faden“ kann sehr viele Facetten haben. Überlegen Sie bitte, ob es diesen in irgendeiner Form in Ihrem Leben gibt!)

10. Gibt es Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen (Elternteile, Partner, Kollegen)? Haben Sie schon einmal Kontakt zu einem Heiler oder Medium (z. B. Reiki, Geistheiler, Wahrsager) o. ä. gehabt? _____

11. Liegt bei Ihnen eine Medialität (z. B. Hellsichtigkeit, Hellhören, Präkognition o. ä.) vor? Wenn ja, welche? _____

12. Was haben Sie bis heute unternommen, um Hilfe/Linderung zu erhalten? (Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? In einer Therapie? Wenn ja, welche?) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja, welche? (Beispiel: Schmerz oder Beruhigungstabletten, Psychopharmaka...)

13. Kurze zusammenfassende Beschreibung Ihrer gegenwärtigen Situation. Was sind Ihre Erwartungen?

Vielen Dank für Ihre Antworten