

Fragebogen zur Gewichtsreduzierung

Name : _____

Datum: _____

| |
|---|
| Warum möchten Sie abnehmen? |
| Was ist Ihr Ziel Gewicht? |
| 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.B.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld, usw.) |
| Welche Nahrungsmittel genießen Sie am liebsten? |
| Haben Sie ein bestimmtes Nahrungsmittel, das Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)? |
| Haben Sie jemals Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja wann und wie? |
| Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeit)? |
| Morgens: |
| Mittags: |
| Nachmittags: |
| Abends: |
| Nachts: |

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

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

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?

Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Gibt es momentan problematische Beziehungen und/oder Stress in Ihrem Leben?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

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

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung, etc.)

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Hypnose) 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: 1---2---3---4---5

Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank: 1---2---3---4---5

Im Beisein anderer, wenn diese viel essen: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei leichten Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Bremen, den

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers