

Zusatz-Fragebogen Angststörungen und Phobien

Vor und Nachname:

Geburtsdatum:

- Empfinden Sie starke Angst- oder Panikgefühle, wenn Sie sich an bestimmten Orten, in bestimmten Situationen oder in der Gegenwart bestimmter Menschen befinden? Wenn ja, beschreiben Sie die Situation bitte genauer.

- Seit wann ist das so? Gab es einen bestimmten Verlauf? Hat es sich mit der Zeit verstärkt oder vermindert?

- Macht Sie allein der Gedanke an diese Situation/en nervös oder verursacht Angstgefühle?

- Empfinden Sie sich als übersensibel bezüglich eines bestimmten, möglicherweise angstbesetzten Themas oder wurden Sie von anderen diesbezüglich als übersensibel bezeichnet?

- Verharmlosen Sie manchmal Ihre Empfindungen zu diesem Thema, oder versuchen Sie diese zu verbergen?

- Vermeiden Sie bestimmte Orte, Situationen oder Personen, gegenüber denen Sie unangenehme Gefühle oder Ängste empfinden? Bitte beschreiben Sie dies.

- Wurde Ihr Leben in den letzten Jahren bzw. seit Beginn Ihrer Angst eingeschränkter? Haben Sie sich zurückgezogen oder können Sie an einer oder mehreren bestimmten Aktivitäten aufgrund Ihrer Ängste nicht mehr teilnehmen?

- Sind diese Ängste / Gefühle abhängig von irgendwelchen äußeren Faktoren? Sind sie phasenweise stärker oder schwächer (evtl. auch ganz verschwunden?) und lässt sich erkennen, wieso?

- Haben Sie bei sich schon einmal Tendenzen zu einer Zwangsstörung festgestellt oder lag schon einmal eine tatsächliche Zwangsstörung vor (Zwangsgedanken / Zwangshandlungen o.ä.) und wenn ja, besteht irgendeiner Form ein Zusammenhang zu Ihren Ängsten?

- Haben Sie (evtl. zusätzlich zur bisher beschriebenen Symptomatik) Angst vor einer oder mehrerer der folgenden konkreten Situationen, Personen oder Tätigkeiten? Bitte setzen Sie ggf. ein Kreuz vor die für Sie zutreffenden Begriffe.
 - Höhe (wenn ja, wie hoch?)
 - Fliegen im Flugzeug
 - Enge Räume (z.B. Fahrstühle, Kernspin-Tomographie o.ä.)
 - Geschlossene Räume bzw. Räume, die man nicht schnell verlassen kann (Tunnel, Konzerthallen)
 - Spritzen, Blut, Anblick von Verletzungen
 - Prüfungen oder andere Situationen, in denen Sie sich vor anderen Menschen beweisen müssen
 - Reden halten oder in anderer Form vor größeren Gruppen von Menschen auftreten (z. B. In der Abteilungsbesprechung ein Projekt vorstellen)
 - Wetterphänomene (Donner / Blitz / Sturm)
 - Autofahren (wenn ja, in welchen Situationen ab welcher Geschwindigkeit?)
 - Fahren mit dem Schiff oder Boot
 - Tiere (z. B. Ratten, Mäuse, Spinnen, Schlangen, Hunde, Katzen)
 - Bestimmte Menschen (z. B. Kollege, Chef, Nachbar)
 - Sonstige Situationen, die zuvor noch nicht genannt wurden. Bitte aufzählen.

- Wie fühlt es sich an, wenn Sie in der jeweiligen Situation Angst oder unangenehme Gefühle haben?
 - Nervosität
 - Innere Unruhe
 - Kribbeln im Körper
 - Taubheitsgefühle im Körper
 - Herzklopfen oder Auffälligkeit des Herzschlags in anderer Form (Poltern, Stolpern)
 - Auffälliges Pochen einer Ader z.B. am Hals
 - Schwäche- oder Schwindelgefühl
 - Todesangst, Panik, Verlangen, sofort zu fliehen
 - Atembeschwerden (besonders schnelles Atmen, nach Luft schnappen, Engegefühl im Brust- oder Bauchbereich)
 - Gefühl, auf die Toilette zu müssen (nur gefühlt oder tatsächlich)
 - Sonstige Gefühle oder Wahrnehmungen, die bisher noch nicht genannt wurden. Bitte auflisten.

 - Möchten Sie ansonsten noch etwas anmerken, das bisher vielleicht noch nicht erwähnt wurde?
-

Hiermit bestätige 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.

Datum / Unterschrift des Klienten der Klientin