

FRAGEBOGEN

zur Gewichtsabnahme und Hypnosetherapie

AKTUELLE GEWOHNHEITEN UND LEBENSSTIL

Gewicht und Ziele

Wie viel wiegen Sie aktuell und wie groß sind Sie? _____ cm _____ kg

Was ist Ihr Wunschgewicht? _____ kg

Welches Gewicht möchten Sie realistisch in _____ 3 Monate _____ 6 Monate _____ 12 Monate
den nächsten **drei, sechs oder zwölf Monaten** erreichen?

Welche drei Hauptgründe motivieren Sie, Ihr Gewicht zu reduzieren?

1. _____
2. _____
3. _____

Ess- und Trinkverhalten

Wie würden Sie Ihr aktuelles Ess- und Trinkverhalten beschreiben?

(Zum Beispiel: regelmäßig, unregelmäßig, emotional gesteuert, viele Snacks, ausreichend Flüssigkeitszufuhr)

Wann und warum essen oder trinken Sie typischerweise über Ihren Hunger hinaus?

Gibt es bestimmte Lebensmittel oder Getränke, nach denen Sie sich besonders sehnen oder die Sie nur schwer weglassen können? Wenn ja, welche?

nein ja, und zwar: _____

Wie gehen Sie mit Stress um? Hat Stress einen Einfluss auf Ihr Ess- oder Trinkverhalten?

Wie schlafen Sie? Beeinflusst Ihr Schlaf Ihr Essverhalten?

Bewegung und Aktivität

Wie aktiv sind Sie in Ihrem Alltag?
(Zum Beispiel: sitzend, leicht aktiv, körperlich anstrengend)

Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie mit gezielter Bewegung oder Sport? _____

Welche Art von Bewegung oder Sport macht Ihnen Spaß?

Was hindert Sie daran, sich mehr zu bewegen?

FRÜHERE ERFAHRUNGEN MIT GEWICHTSABNAHME

Diät-Historie

Haben Sie in der Vergangenheit bereits versucht, Gewicht zu verlieren?

nein ja – wie oft und wann war der letzte Versuch?

Welche Diäten oder Methoden haben Sie ausprobiert?
(Zum Beispiel: Low Carb, Kalorienzählen, Intervallfasten, Shakes)

Haben Sie mit diesen Methoden Erfolge erzielt?

nein ja – welche und wie lange konnten Sie das erreichte Gewicht halten?

Wenn die Gewichtsabnahme nicht dauerhaft war oder es zu einem **Jojo-Effekt** kam:
Woran lag das Ihrer Meinung nach? Was waren die größten Herausforderungen?

Was haben Sie aus diesen früheren Erfahrungen gelernt?

INDIVIDUELLE ZIELE UND ERWARTUNGEN

Zielsetzung

Neben der reinen Gewichtsreduktion:

Welche positiven Veränderungen erhoffen Sie sich durch die Abnahme?

(Zum Beispiel: mehr Energie, bessere Gesundheit, mehr Selbstvertrauen, bestimmte körperliche Aktivitäten wieder aufnehmen)

Wie stellen Sie sich Ihr Leben vor, wenn Sie Ihr Wunschgewicht erreicht haben und es halten?
(Bitte beschreiben Sie so detailliert wie möglich.)

Was sind die größten Herausforderungen, die Sie auf Ihrem Weg zur Gewichtsabnahme erwarten?

Vorbereitung auf die Sitzung

Sind Sie bereit, über einen Zeitraum von mindestens 10 Tagen vor unserer ersten Sitzung ein detailliertes Ess- und Trinkprotokoll zu führen?

nein ja

Haben Sie eine bevorzugte Methode dafür (z.B. eine App wie MyFitnessPal oder ein Notizbuch)?

nein ja, und zwar: _____

Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns dieses Protokoll gemeinsam ansehen, um Muster und mögliche Ursachen für Ihr aktuelles Gewicht zu erkennen?

nein ja

Erwartungen an die Hypnose-therapie

Welchen Zeitrahmen halten Sie für realistisch, um Ihr gewünschtes Gewicht zu erreichen und dauerhaft zu halten?

Was sind Ihre Erwartungen an die Hypnose-therapie in Bezug auf die Gewichtsabnahme?

Welche drei Dinge sind Sie bereit zu tun oder zu ändern, um Ihr Ziel zu erreichen?

1. _____
2. _____
3. _____



Hypno-Injection

© Hypno School Prime GmbH

Hypno School - Maßstab in Aus- & Fortbildung

Deine professionelle Quelle für Hypnoseaus- & Fortbildungen und hervorragenden Geschäftserfolg

Phone: +49 40 27809669

E-Mail: info@hypnoschool.de
www.hypnoschool.de

 youtube.com/hypnoschool

 facebook.com/hypnoschool.de

 [@hypnoschool](https://instagram.com/hypnoschool)

 hypnoschool.de/hypnose-podcast/