

# Hypnose Fragebogen

Tel.: 030 - 494 50 40 Fax: 030 - 499 15 970  
praxis@gesunde-zaehne-lebenslang.de  
www.gesunde-zaehne-lebenslang.de

**DR. RADMANN + PARTNER**  
Zahnärzte im Gesundbrunnen-Center Berlin

**Dr. Jeannine Radmann**

Hypnose • Kieferorthopädie • Ästhetische Zahnheilkunde

## Patient (Frau/ Herr)

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße / Hausnummer ..... Postleitzahl / Ort .....

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient!

In einem ausführlichen Gespräch werden wir uns über Ihre Ängste und Sorgen bei früheren Zahnarztbesuchen unterhalten. Bevor wir Ihnen jedoch die Möglichkeiten der modernen medizinischen Hypnose zeigen, bitten wir Sie, uns mit den folgenden ausführlichen Antworten zu unterstützen. Bitte nehmen Sie sich Zeit zum Reflektieren Ihrer Aussagen.

Legen Sie Wert auf eine absolut schmerzfreie Behandlung?

Ja  Nein

Möchten Sie auf jeden Fall eine Spritze?

Ja  Nein

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?  extrem  stark  ziemlich

gering  keine

Haben Sie Erfahrung mit Entspannungstechniken?

Ja  Nein

Hypnose  autogenes Training  Yoga  andere Verfahren .....

Sind Sie zur Zeit oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung?

Ja  Nein

Wenn Ja, bei wem? .....

Gegebenfalls verschriebene Medikamente .....

## Ich stelle mir vor, eine Hypnose läuft ungefähr so ab:

.....  
.....

## In meiner Freizeit beschäftige ich mich besonders gern mit (z.B. Hobbies, Sportart, Vorlieben für Natur/ Tiere):

.....  
.....

## Wo oder mit wem genießen Sie am besten Ruhe / Entspannung und finden zu sich selbst ?

..... Mit welchen drei Worten  
..... verbinden Sie diesen Ort oder  
..... diese Tätigkeit?

..... 1. ....

..... 2. ....

..... 3. ....

Die Notwendigkeit der Videoaufzeichnung meiner Behandlung aus rechtlichen Gründen wurde mir erklärt und ich bin einverstanden.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Aufzeichnungen eventuell zu Fortbildungszwecken verwendet werden.

Ja  Nein

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben helfen wir Ihnen gerne.

Zur professionellen und individuellen Vorbereitung der medizinischen Hypnose benötigen wir diesen Fragebogen bitte mindestens 24 Stunden vor der ersten Therapie.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient