

Anamnesebögen für spezifische Blockaden

HP/HPP Jan-Henrik Günter

Versions-Nr. 240705



Fachbereich Hypnose/Hypnosetherapie

www.hypnoseausbildung-seminar.de



Inhaltsverzeichnis

Anamnesebögen für Ihre Arbeit mit der Blockadenlösung.....	3
1.1 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse EMOTIONALER BLOCKADEN.....	4
1.2 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse GESUNDHEITLICHER BLOCKADEN.....	7
1.3 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BEZIEHUNGS-BLOCKADEN.....	10
1.4 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse FINANZIELLER BLOCKADEN.....	12
1.5 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse BERUFLICHER BLOCKADEN.....	15
1.6 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von ERFOLGS-BLOCKADEN.....	18
1.7 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von MOTIVATIONS-BLOCKADEN.....	22
1.8 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BLOCKADEN AUS DER VERGANGENHEIT.....	26
1.9 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BLOCKADEN AUS DER KINDHEIT.....	29
1.10 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SEXUELLEN BLOCKADEN.....	32
1.11 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von ENTSCHEIDUNGS-BLOCKADEN.....	36
1.12 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von KREATIVITÄTS-BLOCKADEN.....	39
1.13 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SELBSTWERT-BLOCKADEN.....	42
1.14 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SPIRITUELLE BLOCKADEN.....	46
14.5 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von Lern-Blockaden.....	50

Anamnesebögen für Ihre Arbeit mit der Blockadenlösung

- In diesem **Ergänzungs-Skript zum Seminar „Blockadenlösung XL“** finden Sie eine Auswahl an Anamnesebögen zu spezifischen Behandlungsthemen und damit verbundenen Blockaden.
- Der Einsatz eines themenspezifischen Anamnesebogens (bspw. anstelle des allgemeinen Blockaden-Anamnesebogens im Anschluss an die Basis-Anamnese) vermittelt dem Klienten einen Eindruck von **themenbezogener Kompetenz und Detail-Interesse**.
- Auch bei diesen Anamnesebögen empfehlen wir, dass der Klient bei der Besprechung / Bearbeitung **die Augen geschlossen hält** (alternativ: Schlafbrille), um einen zusätzlichen „hypnoanalytischen Effekt“ zu ermöglichen und evtl. Störfaktoren (Beobachtung der Reaktion des Therapeuten; Anpassung der Schilderungen an das Verhalten des Therapeuten; Hemmungen, dem Therapeuten belastende Inhalte „ins Gesicht zu sagen“) zu mindern.
 - Erinnerung: Gerne einen Convincer (bspw. magnetische Finger) vorab durchführen!
- Natürlich können Sie die Bögen inhaltlich noch nach eigenem Bedarf erweitern oder abändern!

1.1 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse EMOTIONALER BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Gesundheitszustand

- **Haben Sie chronische Krankheiten oder medizinische Diagnosen?** (Bitte angeben)
- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** (Bitte angeben)
- **Haben Sie in der Vergangenheit psychologische oder psychiatrische Unterstützung in Anspruch genommen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche Art von Unterstützung und wann?

Lebenssituation und Stressoren

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Gibt es aktuelle Stressfaktoren in Ihrem Leben?** (z.B. Arbeit, Beziehungen, finanzielle Sorgen)
- **Wie viel Zeit nehmen Sie sich täglich für Entspannung und Selbstfürsorge?**

Emotionale Blockaden und ihre Auswirkungen

- **Beschreiben Sie die emotionalen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben?** (z.B. in Beziehungen, Arbeit, Freizeit)
- **Haben Sie körperliche Symptome, die Sie mit diesen emotionalen Blockaden in Verbindung bringen?** (z.B. Kopfschmerzen, Magenprobleme)

Emotionale und Psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Sie in der Vergangenheit traumatische Ereignisse erlebt?** (Bitte angeben, falls relevant)
- **Wie gehen Sie normalerweise mit schwierigen Gefühlen um?** (z.B. Verdrängung, Ablenkung, Gespräch mit Freunden)
- **Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren emotionalen Blockaden umzugehen?** (z.B. Meditation, Therapie, Sport)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit emotionalen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer emotionalen Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre emotionalen Blockaden zu finden.

1.2 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse GESUNDHEITLICHER BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Gesundheitszustand

- **Haben Sie chronische Krankheiten oder medizinische Diagnosen?** (Bitte angeben)
- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** (Bitte angeben)
- **Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?** (Bitte angeben)
- **Hatten Sie in der Vergangenheit größere Operationen oder Verletzungen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche und wann?
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine gesundheitliche Verfassung beschreiben?** (Skala von 1-10)

Lebensstil und tägliche Gewohnheiten

- **Beschreiben Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten:** (z.B. ausgewogen, Fast Food, vegetarisch)
- **Wie oft und welche Art von Bewegung treiben Sie regelmäßig?**
- **Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?**
- **Rauchen Sie?** (Ja/Nein)
- **Konsumieren Sie Alkohol?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie oft und in welcher Menge?
- **Nutzen Sie regelmäßig Entspannungstechniken?** (z.B. Meditation, Yoga)

Gesundheitliche Blockaden und ihre Auswirkungen

- **Beschreiben Sie die gesundheitlichen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben?** (z.B. in Beziehungen, Arbeit, Freizeit)
- **Haben Sie körperliche Symptome, die Sie mit diesen gesundheitlichen Blockaden in Verbindung bringen?** (z.B. Schmerzen, Müdigkeit)

Psychische und Emotionale Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine psychische und emotionale Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Sie in der Vergangenheit traumatische Ereignisse erlebt?** (Bitte angeben, falls relevant)
- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress und schwierigen Gefühlen um?** (z.B. Verdrängung, Ablenkung, Gespräch mit Freunden)
- **Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren gesundheitlichen Blockaden umzugehen?** (z.B. Physiotherapie, Medikamente, alternative Heilmethoden)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit gesundheitlichen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer gesundheitlichen Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre gesundheitlichen Blockaden zu finden.

1.3 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BEZIEHUNGS-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Hatten Sie in der Vergangenheit Beziehungen, die Sie als besonders prägend empfanden?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, können Sie diese kurz beschreiben?

Aktuelle Beziehungssituation

- **Sind Sie derzeit in einer Beziehung?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie lange sind Sie in dieser Beziehung?
- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Beziehung beschreiben?** (z.B. harmonisch, konfliktreich)
- **Welche Aspekte Ihrer Beziehung bereiten Ihnen die meisten Sorgen?**

Erleben von Beziehungs-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Beziehungs-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre Beziehung(en)?**

Kommunikation und Konfliktbewältigung

- **Wie würden Sie Ihre Kommunikationsfähigkeiten in Beziehungen bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Wie gehen Sie normalerweise mit Konflikten in Beziehungen um?** (z.B. Vermeidung, Konfrontation)
- **Gibt es bestimmte Themen oder Situationen, die immer wieder zu Konflikten führen?**

Emotionale Gesundheit und Beziehungsdynamik

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Sie in der Vergangenheit traumatische Ereignisse erlebt, die Ihre Beziehungen beeinflussen könnten?** (Bitte angeben, falls relevant)
- **Wie gehen Sie normalerweise mit schwierigen Gefühlen in Beziehungen um?** (z.B. Verdrängung, Gespräch)
- **Gibt es bestimmte Verhaltensmuster, die Sie in Beziehungen immer wieder bemerken?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Beziehungs-Blockaden umzugehen?** (z.B. Paartherapie, Kommunikationstraining)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Beziehungsproblemen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Freunde, Familie, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Beziehungs-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Beziehungs-Blockaden zu finden.

1.4 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse FINANZIELLER BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Finanzhintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation beschreiben?** (z.B. stabil, angespannt)
- **Haben Sie regelmäßige Einkommensquellen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, bitte angeben: Beruf, Nebenjobs, andere Einkünfte
- **Haben Sie Schulden oder finanzielle Verbindlichkeiten?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, bitte Art und Höhe der Schulden angeben

Erleben finanzieller Blockaden

- **Beschreiben Sie die finanziellen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre finanzielle Situation?**

Finanzplanung und Budgetierung

- **Haben Sie ein monatliches Budget?** (Ja/Nein)
- **Wie gut gelingt es Ihnen, sich an Ihr Budget zu halten?** (Skala von 1-10)
- **Wie organisieren Sie Ihre Finanzen?** (z.B. Excel-Tabellen, Finanz-Apps)
- **Gibt es bestimmte Ausgaben, die Ihnen Schwierigkeiten bereiten oder unerwartet sind?**

Einstellungen und Glaubenssätze zu Geld

- **Welche Rolle spielt Geld in Ihrem Leben?** (z.B. Sicherheit, Freiheit)
- **Haben Sie Glaubenssätze über Geld, die Ihre finanzielle Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Geld ist schwer zu verdienen“, „Ich werde nie genug haben“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Geld gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Emotionale Gesundheit und finanzielle Entscheidungen

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Wie gehen Sie normalerweise mit finanziellen Stress um?** (z.B. Verdrängung, Panik, Planung)
- **Gibt es bestimmte emotionale Auslöser, die Ihre finanziellen Entscheidungen beeinflussen?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren finanziellen Blockaden umzugehen?** (z.B. Finanzberatung, Sparpläne)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit finanziellen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer finanziellen Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre finanziellen Blockaden zu finden.

1.5 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse BERUFLICHER BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Beruflicher Hintergrund

- **Aktuelle Position und Tätigkeitsbeschreibung:**
- **Wie lange sind Sie in dieser Position tätig?**
- **Haben Sie in der Vergangenheit andere Positionen innegehabt? (Ja/Nein)**
 - Wenn ja, welche und wie lange?
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine berufliche Zufriedenheit bewerten? (Skala von 1-10)**

Erleben beruflicher Blockaden

- **Beschreiben Sie die beruflichen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Arbeitsleben und Ihre Leistung?**
- **Gibt es spezifische Aufgaben oder Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Arbeitsumfeld und Beziehungen

- **Wie würden Sie das Arbeitsklima in Ihrem Unternehmen beschreiben?** (z.B. unterstützend, angespannt)
- **Wie sind Ihre Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten?**
- **Gibt es Konflikte oder Herausforderungen im Team, die Ihre berufliche Situation beeinflussen?**

Berufliche Ziele und Motivation

- **Welche beruflichen Ziele haben Sie?**
- **Fühlen Sie sich motiviert, diese Ziele zu erreichen?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Hindernisse, die Sie daran hindern, Ihre beruflichen Ziele zu erreichen?**
- **Haben sich Ihre beruflichen Ziele im Laufe der Zeit verändert?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie und warum?

Fähigkeiten und Weiterentwicklung

- **Welche beruflichen Fähigkeiten besitzen Sie und wie setzen Sie diese ein?**
- **Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Position ausreichend gefordert?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Weiterbildungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten, die Sie interessieren?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre beruflichen Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Stressbewältigung und Work-Life-Balance

- **Wie gehen Sie normalerweise mit beruflichem Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Work-Life-Balance bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Work-Life-Balance zu verbessern?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben berufliche Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle berufliche Situation beeinflussen könnten?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren beruflichen Blockaden umzugehen?** (z.B. Coaching, Mentoring, Workshops)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit beruflichen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, Kollegen, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer beruflichen Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, berufliche Herausforderungen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre beruflichen Blockaden zu finden.

1.6 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von ERFOLGS-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Sie das Gefühl, Ihre Ziele im Leben zu erreichen?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, was hindert Sie daran?

Erleben von Erfolgs-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Erfolgs-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre berufliche Leistung?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zu Erfolg

- **Was bedeutet Erfolg für Sie?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Erfolg, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Erfolg ist schwer zu erreichen“, „Ich verdiene keinen Erfolg“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Erfolg gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Weiterentwicklung

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten besitzen Sie, die Ihnen helfen könnten, Erfolg zu erreichen?**
- **Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Position oder Lebenssituation ausreichend gefordert?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Weiterbildungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten, die Sie interessieren?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Motivation und Zielsetzung

- **Welche Ziele haben Sie in Ihrem Leben?**
- **Fühlen Sie sich motiviert, diese Ziele zu erreichen?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Hindernisse, die Sie daran hindern, Ihre Ziele zu erreichen?**
- **Haben sich Ihre Ziele im Laufe der Zeit verändert?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie und warum?

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Erfolgs-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Stressbewältigung und Work-Life-Balance

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Work-Life-Balance bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Work-Life-Balance zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Erfolgs-Blockaden umzugehen?** (z.B. Coaching, Mentoring, Workshops)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Erfolgs-Blockaden umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, Kollegen, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Erfolgs-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, berufliche Herausforderungen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Erfolgs-Blockaden zu finden.

1.7 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von MOTIVATIONS-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Sie das Gefühl, Ihre Ziele im Leben zu erreichen?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, was hindert Sie daran?

Erleben von Motivations-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Motivations-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre berufliche Leistung?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zur Motivation

- **Was bedeutet Motivation für Sie?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Motivation, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Motivation ist schwer zu finden“, „Ich kann mich nicht motivieren“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Motivation gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Weiterentwicklung

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten besitzen Sie, die Ihnen helfen könnten, motiviert zu bleiben?**
- **Fühlen Sie sich in Ihrer aktuellen Position oder Lebenssituation ausreichend gefordert?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Weiterbildungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten, die Sie interessieren?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Zielsetzung und Planung

- **Welche Ziele haben Sie in Ihrem Leben?**
- **Fühlen Sie sich motiviert, diese Ziele zu erreichen?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es Hindernisse, die Sie daran hindern, Ihre Ziele zu erreichen?**
- **Haben sich Ihre Ziele im Laufe der Zeit verändert?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie und warum?

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Motivations-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Stressbewältigung und Work-Life-Balance

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Work-Life-Balance bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Work-Life-Balance zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Motivations-Blockaden umzugehen?** (z.B. Coaching, Mentoring, Workshops)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Motivations-Blockaden umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, Kollegen, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Motivations-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Motivations-Blockaden zu finden.

1.8 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BLOCKADEN AUS DER VERGANGENHEIT

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ereignisse oder Erfahrungen aus der Vergangenheit Ihre jetzige Lebenssituation beeinflussen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, in welcher Weise?

Erleben von Blockaden aus der Vergangenheit

- **Beschreiben Sie die Blockaden aus der Vergangenheit, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gibt es bestimmte Ereignisse oder Erfahrungen aus der Vergangenheit, die diese Blockaden ausgelöst haben könnten?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben, Ihre Emotionen und Ihre Beziehungen?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben die Blockaden aus der Vergangenheit Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es bestimmte Situationen oder Auslöser, die die Blockaden verstärken?**

Bewältigungsstrategien und Umgang mit der Vergangenheit

- **Wie gehen Sie normalerweise mit schwierigen Erinnerungen oder Gefühlen um?** (z.B. Verdrängung, Gespräch, Ablenkung)
- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Blockaden aus der Vergangenheit umzugehen?** (z.B. Therapie, Meditation, Schreiben)
- **Fühlen Sie sich unterstützt von Ihrem sozialen Umfeld, wenn es um Ihre Vergangenheit geht?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, von wem?

Unterstützung und Ressourcen

- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Blockaden aus der Vergangenheit umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Haben Sie in der Vergangenheit professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche Art von Unterstützung und wann?
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Blockaden aus der Vergangenheit erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?**
(Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Blockaden aus der Vergangenheit zu finden.

1.9 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von BLOCKADEN AUS DER KINDHEIT

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)

Kindheitserfahrungen

- **Wie würden Sie Ihre Kindheit allgemein beschreiben?** (z.B. glücklich, herausfordernd)
- **Gibt es bestimmte Ereignisse oder Phasen in Ihrer Kindheit, die Sie als besonders prägend empfanden?**
- **Wie war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern in der Kindheit?**
- **Gab es in Ihrer Kindheit Personen, die Sie besonders beeinflusst haben?** (z.B. Großeltern, Lehrer)

Erleben von Blockaden aus der Kindheit

- **Beschreiben Sie die Blockaden aus der Kindheit, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein spezifisches Ereignis oder einen Zeitraum in der Kindheit, der diese Blockaden ausgelöst hat?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre Beziehungen?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten? (Skala von 1-10)**
- **Haben die Blockaden aus der Kindheit Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit? (Ja/Nein)**
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Bewältigungsstrategien und Umgang mit der Vergangenheit

- **Wie gehen Sie normalerweise mit schwierigen Erinnerungen oder Gefühlen aus der Kindheit um? (z.B. Verdrängung, Gespräch, Ablenkung)**
- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Blockaden aus der Kindheit umzugehen? (z.B. Therapie, Meditation, Schreiben)**
- **Fühlen Sie sich unterstützt von Ihrem sozialen Umfeld, wenn es um Ihre Kindheitserfahrungen geht? (Ja/Nein)**
 - Wenn ja, von wem?

Unterstützung und Ressourcen

- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Blockaden aus der Kindheit umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Haben Sie in der Vergangenheit professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche Art von Unterstützung und wann?
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Blockaden aus der Kindheit erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen in Ihrer Kindheit, die Ihre Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Blockaden aus der Kindheit zu finden.

1.10 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SEXUELLEN BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Gesundheitszustand

- **Haben Sie chronische Krankheiten oder medizinische Diagnosen?** (Bitte angeben)
- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** (Bitte angeben)
- **Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?** (Bitte angeben)
- **Hatten Sie in der Vergangenheit größere Operationen oder Verletzungen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche und wann?

Sexuelle Gesundheit und Vorgeschichte

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine sexuelle Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Hatten Sie jemals sexuell übertragbare Krankheiten?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche und wann?
- **Haben Sie jemals professionelle Unterstützung bezüglich Ihrer sexuellen Gesundheit in Anspruch genommen?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, welche Art von Unterstützung und wann?

Erleben sexueller Blockaden

- **Beschreiben Sie die sexuellen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre Beziehungen?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zur Sexualität

- **Was bedeutet Sexualität für Sie?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Sexualität, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Sexualität ist schmutzig“, „Ich bin nicht attraktiv genug“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Sexualität gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben die sexuellen Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Beziehungen und Intimität

- **Wie würden Sie Ihre aktuellen intimen Beziehungen beschreiben?** (z.B. unterstützend, konfliktreich)
- **Fühlen Sie sich in Ihren intimen Beziehungen sicher und geborgen?** (Ja/Nein)
- **Gibt es Konflikte oder Herausforderungen in Ihren Beziehungen, die Ihre sexuelle Situation beeinflussen?**
- **Wie würden Sie die Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse in Ihrer Beziehung bewerten?** (Skala von 1-10)

Bewältigungsstrategien und Unterstützung

- **Wie gehen Sie normalerweise mit sexuellen Problemen oder Blockaden um?** (z.B. Verdrängung, Gespräch, professionelle Hilfe)
- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren sexuellen Blockaden umzugehen?** (z.B. Therapie, Selbsthilfegruppen)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit sexuellen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Partner, Freunde, professionelle Hilfe)

Ziele und Erwartungen

- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer sexuellen Blockaden erreichen?**
- **Was erhoffen Sie sich von einer Unterstützung oder Therapie bezüglich Ihrer sexuellen Blockaden?**
- **Gibt es spezifische Erwartungen, die Sie an sich selbst oder an eine Therapie haben?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre sexuellen Blockaden zu finden.

1.11 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von ENTSCHEIDUNGS-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)

Erleben von Entscheidungs-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Entscheidungs-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre berufliche Leistung?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zu Entscheidungen

- **Wie treffen Sie normalerweise Entscheidungen?** (z.B. schnell, nach langem Überlegen)
- **Haben Sie Glaubenssätze über Entscheidungen, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Ich treffe immer die falschen Entscheidungen“, „Entscheidungen sind endgültig“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Entscheidungen gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Selbstvertrauen

- **Wie würden Sie Ihr Selbstvertrauen beim Treffen von Entscheidungen bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten helfen Ihnen beim Treffen von Entscheidungen?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden, wenn Sie Entscheidungen treffen?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Entscheidungs-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Bewältigungsstrategien und Stressmanagement

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Stressbewältigungsfähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Stressbewältigung zu verbessern?**
-

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Entscheidungs-Blockaden umzugehen?** (z.B. Coaching, Mentoring, Workshops)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Entscheidungs-Blockaden umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, Kollegen, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Entscheidungs-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Entscheidungs-Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Entscheidungs-Blockaden zu finden.

1.12 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von KREATIVITÄTS-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Wie oft beschäftigen Sie sich mit kreativen Aktivitäten?** (z.B. täglich, wöchentlich)

Erleben von Kreativitäts-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Kreativitäts-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre kreative Leistung?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zur Kreativität

- **Wie wichtig ist Ihnen Kreativität in Ihrem Leben?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Kreativität, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Ich bin nicht kreativ genug“, „Kreativität ist Zeitverschwendung“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Kreativität gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Selbstvertrauen

- **Wie würden Sie Ihr Selbstvertrauen in Ihre kreativen Fähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten helfen Ihnen bei kreativen Prozessen?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre kreativen Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Kreativitäts-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle kreative Situation beeinflussen könnten?**

Bewältigungsstrategien und Stressmanagement

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Stressbewältigungsfähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Stressbewältigung zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Kreativitäts-Blockaden umzugehen?** (z.B. Kreativitätsworkshops, Coaching, Meditation)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit kreativen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Kreativitäts-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, kreative Herausforderungen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Kreativitäts-Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?**
(Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Kreativitäts-Blockaden zu finden.

1.13 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SELBSTWERT-BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)

Erleben von Selbstwert-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Selbstwert-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre berufliche Leistung?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zum Selbstwert

- **Wie wichtig ist Ihnen Ihr Selbstwertgefühl in Ihrem Leben?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Ihren Selbstwert, die Ihre Situation beeinflussen könnten?**
(z.B. „Ich bin nicht gut genug“, „Ich verdiene keinen Erfolg“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Selbstwert gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Selbstvertrauen

- **Wie würden Sie Ihr Selbstvertrauen bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten helfen Ihnen, sich wertvoll zu fühlen?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Selbstwert-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?**
(Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Beziehungen und soziales Umfeld

- **Wie würden Sie Ihre Beziehungen zu Familie, Freunden und Kollegen beschreiben?** (z.B. unterstützend, konfliktreich)
- **Fühlen Sie sich in Ihren Beziehungen wertgeschätzt und respektiert?** (Ja/Nein)
- **Gibt es Konflikte oder Herausforderungen in Ihren Beziehungen, die Ihr Selbstwertgefühl beeinflussen?**

Bewältigungsstrategien und Stressmanagement

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Stressbewältigungsfähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Stressbewältigung zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Selbstwert-Blockaden umzugehen?** (z.B. Coaching, Therapie, Selbsthilfebücher)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Selbstwert-Blockaden umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Selbstwert-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Selbstwert-Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Selbstwert-Blockaden zu finden.

1.14 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von SPIRITUELLE BLOCKADEN

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)

Spirituellem Hintergrund

- **Welche Rolle spielt Spiritualität in Ihrem Leben?**
- **Haben Sie eine bestimmte spirituelle oder religiöse Praxis?** (z.B. Gebet, Meditation, Rituale)
- **Wie oft beschäftigen Sie sich mit Ihrer spirituellen Praxis?**

Erleben von Spirituellen Blockaden

- **Beschreiben Sie die spirituellen Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein auslösendes Ereignis oder einen bestimmten Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihr spirituelles Wohlbefinden?**
- **Gibt es spezifische Situationen, in denen die Blockaden besonders stark auftreten?**

Einstellungen und Glaubenssätze zur Spiritualität

- **Wie wichtig ist Ihnen Ihre spirituelle Praxis in Ihrem Leben?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über Spiritualität, die Ihre Situation beeinflussen könnten? (z.B. „Ich bin nicht spirituell genug“, „Ich bin von meinem spirituellen Weg abgekommen“)**
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über Spiritualität gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Fähigkeiten und Selbstvertrauen

- **Wie würden Sie Ihr Selbstvertrauen in Ihre spirituellen Fähigkeiten bewerten? (Skala von 1-10)**
- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten helfen Ihnen bei Ihrer spirituellen Praxis?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Ihre spirituellen Fähigkeiten und Talente voll ausgeschöpft werden?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben spirituelle Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle spirituelle Situation beeinflussen könnten?**

Bewältigungsstrategien und Stressmanagement

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Meditation)
- **Wie würden Sie Ihre Stressbewältigungsfähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Stressbewältigung zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren spirituellen Blockaden umzugehen?** (z.B. spirituelles Coaching, Retreats, Bücher)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit spirituellen Herausforderungen umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch spirituelle Gemeinschaft, Freunde, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer spirituellen Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, spirituelle Herausforderungen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre spirituellen Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?**
(Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre spirituellen Blockaden zu finden.

14.5 Anamnesebogen zur Detaillierten Analyse von Lern-Blockaden

Persönliche Informationen

- **Name:**
- **Geburtsdatum:**
- **Alter:**
- **Geschlecht:**
- **Beruf/Schule:**
- **Adresse:**
- **Telefonnummer:**
- **E-Mail:**

Allgemeiner Hintergrund

- **Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?** (z.B. Familie, Beruf, soziales Umfeld)
- **Wie würden Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit im Leben bewerten?** (Skala von 1-10)

Erleben von Lern-Blockaden

- **Beschreiben Sie die Lern-Blockaden, die Sie aktuell erleben:**
- **Seit wann erleben Sie diese Blockaden?**
- **Gab es ein spezifisches Ereignis oder einen Zeitraum, in dem die Blockaden begannen?**
- **In welchen Fächern oder Bereichen treten die Lern-Blockaden besonders stark auf?**
- **Wie beeinflussen diese Blockaden Ihr tägliches Leben und Ihre schulischen/beruflichen Leistungen?**

Lern- und Arbeitsgewohnheiten

- **Wie organisieren Sie Ihre Lernzeit?** (z.B. Stundenpläne, Lernstrategien)
- **Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich pro Tag/Woche mit Lernen?**
- **Haben Sie das Gefühl, effektiv zu lernen?** (Ja/Nein)
- **Welche Lernmethoden verwenden Sie?** (z.B. visuelles Lernen, auditives Lernen, praktische Übungen)
- **Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder motiviert zu bleiben?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, in welchen Situationen?

Einstellungen und Glaubenssätze zum Lernen

- **Wie wichtig ist Ihnen das Lernen in Ihrem Leben?**
- **Haben Sie Glaubenssätze über das Lernen, die Ihre Situation beeinflussen könnten?** (z.B. „Ich bin nicht klug genug“, „Lernen ist langweilig“)
- **Wie haben Ihre Eltern und Familie über das Lernen gesprochen und damit umgegangen, als Sie aufgewachsen sind?**

Emotionale und psychische Gesundheit

- **Wie würden Sie Ihre allgemeine emotionale und psychische Gesundheit bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Haben Lern-Blockaden Einfluss auf Ihre emotionale und psychische Gesundheit?** (Ja/Nein)
 - Wenn ja, wie äußert sich dies?
- **Gibt es persönliche oder schulische/berufliche Ereignisse, die Ihre aktuelle Situation beeinflussen könnten?**

Bewältigungsstrategien und Stressmanagement

- **Wie gehen Sie normalerweise mit Stress um?** (z.B. Verdrängung, Pausen, Sport)
- **Wie würden Sie Ihre Stressbewältigungsfähigkeiten bewerten?** (Skala von 1-10)
- **Gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie ergreifen, um Ihre Stressbewältigung zu verbessern?**

Unterstützende Maßnahmen und Ressourcen

- **Haben Sie bereits Strategien oder Techniken ausprobiert, um mit Ihren Lern-Blockaden umzugehen?** (z.B. Nachhilfe, Coaching, Workshops)
- **Welche Ressourcen stehen Ihnen zur Verfügung, um mit Lern-Blockaden umzugehen?** (z.B. Unterstützung durch Familie, Freunde, Lehrer, professionelle Hilfe)
- **Welche Ziele möchten Sie durch die Lösung Ihrer Lern-Blockaden erreichen?**

Persönliche Stärken und Interessen

- **Welche persönlichen Stärken und Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, schwierige Situationen zu meistern?**
- **Welche Hobbys und Aktivitäten bereiten Ihnen Freude und helfen Ihnen zu entspannen?**

Reflexion und Selbstwahrnehmung

- **Wie denken Sie über die Ereignisse oder Erfahrungen, die Ihre Lern-Blockaden ausgelöst haben?**
- **Haben Sie das Gefühl, dass Sie diese Ereignisse oder Erfahrungen verarbeiten konnten?** (Ja/Nein)
 - Wenn nein, warum nicht?
- **Gibt es etwas, das Sie sich selbst vergeben oder verzeihen müssen, um weiterzukommen?**

Weitere Anmerkungen

- **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

Vielen Dank für Ihre Zeit und Offenheit. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich zu unterstützen und individuelle Lösungen für Ihre Lern-Blockaden zu finden.