

Fragebogen Traumatherapie



Die Aromatologin und Psychotraumatologin Doris Hefti ist Begründerin der aromaveda® therapy fPT. Diese Kombinationstherapie hat sie zur Behandlung von emotionalen Beschwerden, Traumatas, Schock und Stressfolgeerkrankungen im Jahr 2012 entwickelt.

Die aromaveda® therapy fPT beinhaltet therapeutische Ansätze aus der Aromahelkunde, Traumatherapie, der Hypnotherapie und der Komplementärmedizin unter Anwendung von ätherischen Ölen.

Gerne arbeiten wir dabei auch mit Ärzten und Therapeuten interdisziplinär zusammen. Als Komplementärtherapeuten unterliegen wir der Schweigepflicht und behandeln Ihre Anliegen selbstverständlich vertraulich.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und skallieren Sie (SUD-Skala) Ihre körperlichen und emotionalen Beschwerden von 0-10 (0 steht für niedrig, 10 für hoch).

Name:	Vorname:		
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:		
Tel. Privat:	Tel. Mobile:		
Email Privat:	Homepage:		
Beruf:	Geburtsdatum:		
Rechnungstellung per Mail: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuweisender Arzt/Therapeut:		
Bei wem sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Grosseltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern, Andere)			
Vater:			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:
Mutter:			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:
Geschwister Anz.:			
1. Geschwister			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:
2. Geschwister			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:
3. Geschwister			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:
4. Geschwister			
<input type="checkbox"/> lebt noch	geb.: <input type="checkbox"/> gestorben am:	Vorname:	Beruf: Todesursache:

(Für weitere Geschwister bitte separates Blatt einfügen)

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen seitens Ihrer Mutter bekannt?

Gibt es bei Ihren Vorfahren besondere Vorkommnisse, die Ihnen bekannt sind? (Hat z.B. eines Ihrer Eltern einen Elternteil oder ein Geschwister früh verloren? Gab es Selbstmorde, Depressionen, mysteriöse Todesfälle?)

Lebenspartner:

Vorname des heutigen Lebenspartners/der heutigen Lebenspartnerin:

Verheiratet?

Seit wann sind Sie ein Paar?

Vornamen der früheren Partnerinnen/Partner:

_____ von wann bis wann? _____ Verhältnis heute? _____

_____ von wann bis wann? _____ Verhältnis heute? _____

_____ von wann bis wann? _____ Verhältnis heute? _____

_____ von wann bis wann? _____ Verhältnis heute? _____

_____ von wann bis wann? _____ Verhältnis heute? _____

(für weitere Partner bitte separates Blatt einfügen)

Kinder:

Vorname: _____ **geb.:** _____ **Bemerkung:** _____

Vorname: _____ **geb.:** _____ **Bemerkung:** _____

Vorname: _____ **geb.:** _____ **Bemerkung:** _____

Vorname: _____ **geb.:** _____ **Bemerkung:** _____

Vorname: _____ **geb.:** _____ **Bemerkung:** _____

(für weitere Kinder bitte separates Blatt einfügen)

Gab es bei Ihnen oder einer Ihrer Partnerinnen Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Wie verlief Ihre eigene Geburt?

Spontangeburt Zangengeburt Frühgeburt (in welcher Woche?)

Kaiserschnittgeburt (mit Wehen- oder ohne Wehentätigkeit?)

Operative Eingriffe bei der Mutter während der Schwangerschaft?

<p>Personen, von denen Sie verletzt oder enttäuscht worden sind? (Name? Jahr? 3-5 belastende Ereignisse)</p>
<p>Wie haben Sie die Schulzeit erlebt? <input type="checkbox"/> Glücklich <input type="checkbox"/> Nicht so glücklich</p> <p>Erlebten Sie Enttäuschungen oder Verletzungen durch Lehrer oder Lehrmeister/Ausbildner? (Name? Jahr?)</p> <p>Wurden Sie als Kind gemobbt?</p>
<p>Gehören oder gehörten Sie einer religiösen Gruppe an?</p> <p>Sind daraus irgendwelche Probleme entstanden?</p>
<p>Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge, Todesfälle von nahe stehenden Personen?</p>
<p>Hatten Sie schwerwiegende Krankheiten? (Was? Wann? Heute geheilt?)</p>
<p>Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten? (Wann? Für welche Beschwerden?)</p>
<p>Sind Sie schon einmal operiert worden? (Was? Wann? Mit oder ohne Vollnarkose? Gab es Komplikationen?)</p>
<p>Hatten Sie eine Organtransplantation oder Bluttransfusion? (Wann? Welche?)</p>
<p>Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen? (Was? Wann? Für was?)</p>

Heutiges Befinden:

Fühlen Sie sich oft

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> deprimiert | <input type="checkbox"/> voller Angst | <input type="checkbox"/> hilflos |
| <input type="checkbox"/> ausgeliefert | <input type="checkbox"/> ärgerlich | <input type="checkbox"/> gestresst | <input type="checkbox"/> wütend |
| <input type="checkbox"/> schuldig | <input type="checkbox"/> machtlos | <input type="checkbox"/> unter Druck | <input type="checkbox"/> orientierungslos |
| <input type="checkbox"/> energielos | <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> überfordert | <input type="checkbox"/> einsam |
| <input type="checkbox"/> erschöpft | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> vergesslich |

Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen einer Verbesserung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> Wohn-Situation |
| <input type="checkbox"/> Selbstsicherheit | <input type="checkbox"/> Finanzen |
| <input type="checkbox"/> Kommunikation | <input type="checkbox"/> Hobbies / Freizeit |
| <input type="checkbox"/> Beziehungen | <input type="checkbox"/> Anderes |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Situation | |

Körperliche Beschwerden:

Verdauungsbeschwerden? (Hang zu Verstopfung? Hang zu Durchfall?)

Rückenschmerzen? (Welcher Bereich des Rückens?)

Verspannte Schultern oder Nacken?

Kniebeschwerden?

Kopfweh / Migräne?

Schlafstörungen? (Beim Einschlafen oder Durchschlafen?)

Allergien (Heuschnupfen, Lebensmittelallergien, Medikamentenunverträglichkeiten?)

Chronische Müdigkeit oder Erschöpfung?

Unerklärliche Muskelschmerzen?

(Bei Frauen) **Monatsbeschwerden oder PMS?**

Haben Sie Amalgam-Füllungen in den Zähnen? Wie viele?

Wurden Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?

Tragen Sie Kronen?

Wurde eine Wurzelbehandlung durchgeführt?

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?

Kalte Füße und/oder Unterschenkel?

Elektrosmogsensibilität? (Herzklopfen, Schwitzen, Instabiles Gemüt, innere Unruhe, Erwachen um 3h, Albträume, Angstzustände, Zähne knirschen, Strom im Kopf, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Erschöpfung)

Ziele:

Was möchten Sie mit dieser Therapie in erster Linie erreichen? (Weitere Ziele bitte auf Rückseite notieren)

Anamnese-Bogen bitte einsenden an: aromaveda Gesundheitszentrum, Frau Doris Hefti,
Buonaserstrasse 40, 6343 Rotkreuz oder an praxis@aromaveda.ch