

Bewerbung

um einen Einzelsitzungs-Termin bei OMR Dr. Michael Klauck

Dr. Klauck nutzt seine Erfahrungen als langjährig tätiger Facharzt für Allgemeinmedizin, um auch physische Krankheiten zu erkennen und um diese in seinem Therapiekonzept zu berücksichtigen. Die Einzelsitzung bei ihm hat zum Zweck, sämtliche Lebenssituationen in der Vergangenheit so aufzuarbeiten, dass beim Gedanken daran keine vegetativen Reaktionen mehr auftreten. Er arbeitet auf der Grundlage des von Hans-Peter Zimmermann, dem Leiter des Instituts für klinische Hypnose in Zug / Schweiz entwickelten Konzeptes der systemischen Hypnotherapie. Das Resultat ist ein stark verbessertes Lebensgefühl, das sich in der Regel auch positiv auf die Therapie psychischer und körperlicher Krankheiten auswirkt. Fragen betreffend Ausfüllen? dr.klauck@t-online.de

Nachname	
Vorname	
Beruf(e)	
Postadresse	
E-Mail für Rückfragen	
Telefonnummer(n) für Rückfragen	

Notizen des Therapeuten

Geburts-Datum, -Zeit und -Ort (Die Zeit erfahren Sie auf dem Standesamt Ihrer Geburtsgemeinde)	
Wie verlief die Geburt? (Normal? Heimgeburt? Komplikationen? Kaiserschnitt?)	
Waren Sie ein Wunschkind?	
Gab es Komplikationen, während Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war?	

Notizen des Therapeuten

Vorname der Mutter	
Jahrgang der Mutter	
Beruf der Mutter	
(Falls die Mutter schon verstorben ist) Todesjahr und Todesursache	
Wie haben Sie die Mutter erlebt, als Sie noch ein Kind waren?	
Verhältnis zur Mutter heute?	

Vorname des Vaters	
Jahrgang des Vaters	
Beruf des Vaters	
(Falls der Vater schon verstorben ist) Todesjahr und Todesursache	
Wie haben Sie den Vater erlebt, als Sie noch ein Kind waren?	
Verhältnis zum Vater heute?	

Wie haben Sie die Beziehung Ihrer Eltern erlebt, als Sie noch ein Kind waren?	
--------------------------------------------------------------------------------------	--

Gibt es etwas Besonderes zu berichten, was die Beziehung Ihrer Eltern angeht? (frühere Partner, bremsende Verwandte, „böse Schwiegermütter oder -väter“)	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

<p>Ist in der Familie Ihres Vaters etwas Besonderes vorgefallen?</p> <p>Siehe dazu auch die Bemerkungen am Schluss dieses Bogens.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Ist in der Familie Ihrer Mutter etwas Besonderes vorgefallen?</p> <p>Siehe dazu auch die Bemerkungen am Schluss dieses Bogens.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>In welchem Ort (oder welchen Orten) sind Sie aufgewachsen?</p>	
--------------------------------------------------------------------------	--

<p>Bei wem sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Pflegeeltern, Großeltern, Heim)</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Listen Sie Ihre Geschwister auf, das Älteste zuerst. Schreiben Sie sich selbst auch dazu, damit die Geschwisterfolge ersichtlich wird.</p> <p>Wenn Ihre Mutter Fehlgeburten erlitten oder Abtreibungen vorgenommen hat, schreiben Sie sie ebenfalls in der richtigen zeitlichen Reihenfolge dazu.</p> <p>Beispiel:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Markus2. Fehlgeburt3. ich4. Abtreibung5. Veronika	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

Ist eines Ihrer Geschwister bereits verstorben? Wenn ja, Todesjahr und Todesursache.	
Hat eines Ihrer Geschwister ein besonderes Schicksal?	
Haben Sie zu einem Geschwister den Kontakt abgebrochen? Wenn ja, weshalb?	
Gibt es Halbgeschwister? Wenn ja, Vorname und Jahrgang. Von wem sind diese Halbgeschwister. Von Ihrer Mutter oder von Ihrem Vater?	
Listen Sie die Vornamen Ihrer früheren (wichtigen) Lebenspartner auf, den ersten zuerst. Schreiben Sie dazu, • von wann bis wann Sie zusammen waren, • ob Sie verheiratet waren, • wer von beiden die Beziehung beendet hat, • ob es Kinder gibt aus dieser Beziehung, • ob es Abtreibungen oder Fehlgeburten gab, • ob ein früherer Partner bereits verstorben ist, • was Sie heute für ein Verhältnis zu ihm/ihr haben.	

Mit wem sind Sie jetzt zusammen? Seit wann? verheiratet?	
-------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

Was gibt es zu Ihrer gegenwärtigen Beziehung zu sagen? Sind Sie glücklich? Gab es Seitensprünge bei Ihnen oder Ihrem Partner?	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Listen Sie die Vornamen und Jahrgänge Ihrer Kinder auf, das Älteste zuerst, inklusive Fehlgeburten und Abtreibungen. Falls die Kinder von mehreren Partnern sind, schreiben Sie dahinter in Klammern den Vornamen des Vaters oder der Mutter. Notieren Sie auch besondere Schicksale Ihrer Kinder.	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

<p>Notieren Sie unangenehme Ereignisse in Ihrem Leben (Stichwort und Jahr)</p> <p>Dazu gehören Krankheiten, Todesfälle, Schicksalsschläge, aber auch Menschen, die Sie verletzt haben oder von denen Sie verletzt worden sind.</p> <p>Denken Sie auch an die Schulzeit. Gab es Lehrpersonen oder Schulkollegen, von denen Sie verletzt worden sind?</p> <p>Gab es Komplikationen aufgrund einer Religions-Zugehörigkeit?</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Falls Sie schon einmal operiert wurden, notieren Sie alle OPs in zeitlicher Reihenfolge.</p> <p>Notieren Sie alles Wissenswerte dazu, z.B. Komplikationen</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Notieren Sie alle Medikamente, die Sie früher einmal eingenommen haben. Schreiben Sie dazu, in welchem Jahr das war.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Notieren Sie alle Medikamente, die Sie jetzt einnehmen.</p>	
-----------------------------------------------------------------------	--

<p>Gab es Besuche bei Ärzten, Heilpraktikern, Psychotherapeuten, die erwähnenswert sind? In welchem Jahr und für welches Thema?</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

Möchten Sie eine schlechte Gewohnheit loswerden?	
Haben Sie Süchte?	

Möchten Sie eine Phobie loswerden?	
-------------------------------------------	--

<p>Wie haben Sie sich in den letzten Monaten in körperlicher Hinsicht gefühlt?</p> <p>Gibt es Allergien? Verdauungsprobleme? Blähungen? Chronische Müdigkeit? Rückenschmerzen? Verspannte Schultern? Schlafbeschwerden?</p> <p>(Bei Frauen) Monatsbeschwerden? PMS?</p> <p>Notieren Sie alles, was körperlich nicht in Ordnung ist, und auch, ob es schulmedizinisch abgeklärt wurde.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Wie haben Sie sich in den letzten Monaten in psychischer Hinsicht gefühlt?</p> <p>Gab es Stress? Ärgern Sie sich oft? Sind Sie orientierungslos, ängstlich, unsicher, traurig? Fühlen Sie sich machtlos oder schuldig?</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Empfinden Sie sich selbst als schön und liebenswert? Können Sie sich verwöhnen? Fühlen Sie sich sexy?	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen der Verbesserung? Gesundheit? Kommunikation? Selbstsicherheit? Partnerschaft? Familie? Beruf? Finanzen? Wohn-Situation? Freizeit? Hobbys? Freunde?	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Notizen des Therapeuten

Was muss mit dieser Sitzung (oder mit den folgenden Sitzungen) unbedingt erreicht werden? Was wäre zusätzlich wünschenswert?	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Früher Tod in der Familie ist häufig eine wichtige Ursache von Verstrickung und Leid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist Ihr Vater oder Ihre Mutter früh gestorben, d.h. als Sie jünger als 15 Jahre alt waren? • Haben Sie unter Ihren Geschwistern, Tanten, Onkels, Großeltern und deren Geschwistern früh Verstorbene (jünger als 30 – auch Totgeburten)? • Sind Väter oder Mütter mit Kindern jünger als 15 Jahre verstorben? • Starb eine Frau der Familie während der Geburt, an den Folgen der Geburt oder trug sie schwere Schäden davon? <p>Verbrechen, schweres Unrecht und schwere Schuld wirken sich oft über mehrere Generationen in der Familie aus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat ein Familienmitglied ein Verbrechen begangen wie Mord oder Totschlag? • War ein Familienmitglied Täter von sexuellem Missbrauch? • War ein Familienmitglied in den Nationalsozialismus verwickelt? In welcher Form? • Hat jemand in der Familie unrechtmäßig vererbt oder beerbt? • Hat jemand anderweitig schwere Schuld auf sich geladen? <p>Besondere Schicksale in der Familie drehen sich oft um den Ausschluss aus der Familie, um besonders schlimme Schicksale oder um den Verlust der leiblichen Eltern oder der Heimat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat jemand in der Familie Selbstmord begangen? • Wurde jemand Opfer eines Verbrechens? • War jemand körperlich oder geistig behindert? • Gab es Aufenthalte in der Psychiatrie oder im Gefängnis? • Ging jemand bankrott? • Ist jemand ausgewandert? • Ist jemand aus der Familie ausgeschlossen worden? (z.B. wegen Homosexualität) • Wurde ein Kind früh an Pflegeeltern oder Verwandte weggegeben (Adoptionen)? • Wurde jemand aus seiner Heimat vertrieben oder ist von dort geflohen? • Gibt es Familiengeheimnisse?
