

INTAKE FORM - DEWASA

(Harap Diisi Selengkapannya dengan Tulisan Tangan Klien Sendiri lalu Dikirim langsung ke MINDnMIND)

Tgl Terapi/Konsul : 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Nama Hipnoterapis : _____

A. TENTANG KLIEN :

- Nama Lengkap Klien : _____
- Nama Panggilan/Kecil : _____
- Jenis Kelamin : _____
- Tempat & Tgl Lahir : _____ Usia : _____
- Agama : _____
- Status Pernikahan : _____ Sejak : _____
- Pekerjaan : _____ Jabatan : _____
- Alamat Rumah Lengkap : _____
- Kelurahan, Kota : _____
- Telp Rumah : _____ HP/WA : _____
- Email : _____
- Account IG/TikTok/FB : _____
- Anda tahu tentang kami dari : ☐ SosMed ☐ Website ☐ Referensi ☐ Lain-lain:

B. DAFTAR PERTANYAAN :

1. Tuliskan beberapa WARNA yang Anda sukai :

2. Tuliskan beberapa TEMPAT yang Anda sukai dan pernah Anda kunjungi:

3. MENGAPA Anda menyukai tempat tersebut :

4. Tuliskan 3 HOBI terkini yang Anda prioritaskan:

5. Tuliskan 3 PRESTASI yang Anda anggap penting dalam hidup:

6. Tuliskan beberapa beberapa KEGIATAN yang membuat Anda Larut, Nyaman dan Damai:

7. Apakah Anda mengonsumsi OBAT Psikiater, Rokok, Minuman Keras, atau Narkoba? Apa saja?

8. Tuliskan ketakutan-ketakutan & phobia yang Anda miliki :

9. Tuliskan hal-hal dalam diri yang ingin Anda TINGKATKAN:

10. Jumlah ANAK : _____

Bagaimana relasi dengan Anak? _____

11. Saat masih anak-anak/remaja :

a. Bagaimana relasi Anda dengan AYAH? _____

b. Bagaimana relasi Anda dengan IBU? _____

12. Bagaimana Hubungan Anda dengan Keluarga saat ini?

13. Apakah sebelumnya Anda pernah di-Hipnosis / Hypnotherapy / NLP?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "Ya", Mengapa & Bagaimana?

14. Apa Anda pernah BERUSAHA MENGATASI masalah ini sebelumnya ? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika "Ya" Bagaimana Hasilnya? _____

15. Saat ini, apakah anda sedang dalam penanganan Psikolog/Psikiater/Dokter untuk masalah Anda ini?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika "Ya", Bagaimana Hasilnya? _____

16. Jika “Ya” dimana? _____
Siapa Nama Psikolog/Psikiater/Dokter? _____
17. Apakah Anda pernah dalam perawatan dokter karena sakit?
☐ Ya ☐ Tidak Jika “Ya”, penyakit apa, dan siapa nama Dokter yang menangani Anda?

18. Apakah Anda pernah mendapatkan penanganan untuk masalah yang berhubungan dengan EMOSI?
☐ Ya ☐ Tidak Jika “Ya”, mohon dijelaskan masalah apa & bagaimana?

19. Apa TUJUAN Anda ingin mengikuti sesi Hypnotherapy ini?

20. Apakah Anda mengalami sakit: ☐ Jantung ☐ Diabetes ☐ Epilepsi
21. Apakah anda saat ini minum obat ? _____ Terakhir jam : _____
Jika Ya, obat apa saja ? _____, . . . mg, dgn Dosis : _____

22. Beri tanda pada masalah-masalah FISIK berikut ini yang sering Anda alami :
☐ Sinus ☐ Sariawan / gusi luka ☐ Sakit kepala sebelah ☐ Leher belakang kaku
☐ Pundak kaku ☐ Punggung atas kaku ☐ Punggung bawah / Pinggang kaku ☐ Sembelit
☐ Asam lambung ☐ Asam lambung berlebih ☐ Tangan terlalu dingin ☐ Kaki terlalu dingin
☐ Kaki kaku ☐ Kaki bengkak ☐ Kram saat menstruasi atau tidak lancar
☐ Kram/kaku pada tangan dan persendian
23. Siapa yang menginginkan agar PERUBAHAN terjadi pada diri Anda ?
☐ Diri sendiri (Niat dan Keputusan dari diri sendiri tanpa pengaruh/dorongan dari orang lain)
☐ Orang lain (Dorongan Keluarga/Lingkungan),
☐ Kedua hal diatas terjadi pada diri saya
Jelaskan : _____
24. Untuk berubah, apakah Anda bersedia belajar MEMAHAMI hal-hal baru yang baik bagi Anda ?
☐ Ya ☐ Tidak
25. Apakah Anda sudah membuat KEPUTUSAN BULAT untuk berubah sekarang ? ☐ Ya ☐ Tidak

26. Apakah Anda sudah Sangat YAKIN dengan keputusan bulat yang Anda buat ? ☐ Ya ☐ Tidak

27. Sebutkan :

a) Hal-hal spesifik yang ingin Anda CAPAI melalui sesi hipnoterapi ini:

b) PERUBAHAN POSITIF apa yang akan terjadi pada diri Anda bila berhasil mencapai hal-hal spesifik di atas?

c) Hal-hal lain (bila ada):

....., ..,, 20 ..

Tanda tangan & Nama Hipnoterapis

Tanda tangan & Nama Klien

Catatan (diisi oleh Hypnotherapist) :

Ms : _____

Tm : _____

Tr : _____

Hs : _____