

Name, Vorname

Datum

Seit wann haben Sie Angst vor Spinnen:

---

Können Sie sich an eine auslösende Situation erinnern:

---

---

Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 der höchste Wert ist, wo platzieren Sie Ihre Angst aktuell:

---

Wenn Ihre Angst eintritt, welche Symptome nehmen Sie wahr:

---

---

---

Bitte beenden Sie den Satz: Meine Angst vor Spinnen fühlt sich an wie...

---

Haben Sie schon einmal versucht, Ihre Angst zu reduzieren: Falls ja, wie?

---

---

Haben Sie den Entschluss gefasst, Ihre Angst zu neutralisieren:

Falls nein, bitte machen Sie es.

---

„Ich habe den Entschluss gefasst, dass mir Spinnen von nun an egal sind“

Bitte wiederholen Sie dies mehrmals täglich.

---



Wie viel Zeit geben Sie sich, um die ersten Veränderungen Ihrer Spinnenphobie zu erfahren:

---

Was ändert sich für Sie, wenn Sie Spinnen neutral sehen können:

---

---

---

Welches der unten aufgeführten Situationen löst Ihre Angst aus:

Kreuzen Sie an

<input type="checkbox"/>	Kunststoffspinne	<input type="checkbox"/>	Bild einer Spinne
<input type="checkbox"/>	Erzählungen über Spinnen	<input type="checkbox"/>	Filme über Spinnen
<input type="checkbox"/>	Eine bestimmte Größe von Spinnen: Welche?	<input type="checkbox"/>	Eine bestimmte Farbe von Spinnen: Welche?
<input type="checkbox"/>	Tote Spinne	<input type="checkbox"/>	Lebende Spinne

Wie können Sie am besten entspannen:

---

Was ist ein gutes Ergebnis unserer Zusammenarbeit:

---

---

Besonderheiten, die für Sie wichtig sind und die Sie mir unbedingt mitteilen möchten:

---

---

