

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:

