

# Fragebogen

(Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut als möglich aus und bringen diesen zum Erstgespräch mit.)

Vor- und Nachname:	
Vollständige Postanschrift:	
Telefon mit Erreichbarkeit:	E-Mail:
Ich nehme folgende Medikamente:	
Ich reagiere allergisch auf:	
Darauf bitte im Umgang mit mir achten:	
1.) Ich brauche:	2.) Ich habe:
3.) Das mag ich gar nicht:	4.) Das belastet mich:
5.) Das hat mir geholfen, tut mir gut:	6.) Das gibt mir Kraft:
7.) Meine Lieblingsbeschäftigungen (heute und früher):	
8.) Meine Ziele! Ich möchte mit Frau Walter folgendes erreichen:	
-heute:	-langfristig:
9.) In einer guten Sitzung sollte folgendes passieren, was mir hilft:	
10.) Folgendes sollten wir in den Sitzungen gemeinsam tun, das mir auf Dauer hilft:	

Ich werde Frau Walter in allen Sitzungen **sofort** sagen, wenn ich eine Frage unangenehm finde, über etwas nicht sprechen oder arbeiten möchte, etwas nicht tun möchte, mich unwohl und/oder unsicher mit etwas fühle. Ich erkenne an, dass Frau Walter dies gleich von mir wissen muss, um für mich hilfreich sein zu können. **Dies ist ein wichtiger Beitrag von mir für unsere Zusammenarbeit.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Fragebogen

(Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut als möglich aus und bringen diesen zum Erstgespräch mit.)

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Lesen Sie bitte die erste Beschreibung durch und kreuzen die Zahl an, die im Moment passt. Dann umkreisen Sie den höchsten Wert der letzten 7 Tage und den niedrigsten Wert der letzten 7 Tage und gehen über zum nächsten Punkt, bis alle durch sind.

**Bitte kurzfristig/unmittelbar vor Ihrem Besuch bei mir ausfüllen, damit wir aktuelle Werte haben!**

1.) **Schmerz:** Wie viel Schmerz, Unbehagen, Spannungen erleben Sie in Ihrem Körper?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.) **Verhalten:** Wie stark sind Sie belastet durch eigene Worte, eigenes Verhalten, Handeln?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.) **Einsamkeit:** Wie viel Einsamkeit, Schüchternheit, Allein-Sein oder Kraftlosigkeit erleben Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.) **Traurigkeit:** Wie viel Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Wertlosigkeit erleben Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.) **Sorge:** Wieviel Sorge, Nervosität oder Panik erleben Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6.) **Wut:** Wie viel Wut, Reizbarkeit, Ärger erleben Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7.) **Angst:** Wie viel Angst, Unsicherheit, angstvolles Vermeiden erleben Sie?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.) **Bedrohung:** Wie stark fühlen Sie sich durch die Absichten oder bedrohlichem Verhalten von anderen belastet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.) **Denken:** Wie stark sind Sie durch unwillkommene Gedanken oder sonderbare Ideen belastet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.) **Sexualität:** Wie stark sind Sie durch Nacktheit, sexuelle Bedürfnisse oder sexuelle Erwartungen anderer belastet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Kreuzen Sie den Jetzt-Wert an und kreisen Sie die niedrigsten und höchsten Werte der letzten 7 Tage bitte ein - 10 ist der Höchstwert.*

## BEISPIEL:

1	2	③ Niedrigster Wert	4	<del>5</del> Jetzt-Wert	6	⑦ Höchster Wert	8	9	10
---	---	-----------------------	---	----------------------------	---	--------------------	---	---	----

← Niedrigster Wert ----- Höchster Wert →

Gibt es etwas was für mich wichtig sein könnte für diese Sitzung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_