

Uta Marie Reinbach

BEWUSSTSEIN IN MEINEN HÄNDEN®

Fragebogen

**Was möchtest Du in Deinem Leben ändern?
Was sind Deine größten Gaben?
Was ist Dein tiefster Schmerz?**

Wichtige persönliche Daten für die Zusammenarbeit im Seminar

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

verheiratet geschieden verwitwet ledig Partnerschaft

Wer wird in einem Notfall benachrichtigt?

Name, Adresse: _____

Telefon: _____

Hast Du im Moment einen Psychotherapeuten?

ja nein

Name, Adresse: _____

Einen Hausarzt?

ja nein

Name, Adresse: _____

Handicaps?

Physische Behinderung: _____

Psychische Behinderung: _____

Sehen, hören: _____



Bist Du wegen folgender Krankheiten behandelt worden?

- Allergie
- Asthma
- Diabetes
- Krebs
- Hoher Blutdruck
- Niederer Blutdruck
- Herzkrankheiten
- Kopfschmerzen
- HIV/Aids
- Panikattacken
- Depressionen
- Psychosen
- Schizophrenie

Andere Gesundheitsprobleme: _____

Bist Du im Moment in ärztlicher Behandlung?

- ja nein

Bei Wem? _____

Warum? _____

Bitte nenne die Medikamente, die Du im Moment einnimmst:

Psychopharmaka

- ja nein

Welches? _____

Früher? _____

Krankenhausaufenthalt?

- ja nein

Warum? _____

Wo? _____



Bist Du je in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden?

- ja nein

Warum?

Wo?

Hattest Du Probleme mit Alkohol?

- ja nein

mit Drogen?

- ja nein

Was versprichst und erhoffst Du dir von dieser Ausbildung?

Was möchtest Du in Deinem Leben verändern?

Was sind Deine größten Gaben?



Was ist Dein tiefster Schmerz?

Was ist Deine größte Angst?

Was ist Deine größte Sehnsucht?

Bitte schreibe hier auf, was Du noch gern mitteilen würdest:

**Ich nehme auf eigene Verantwortung an der Ausbildung teil.
Ich habe alles aufmerksam gelesen und verstanden.**

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Ausgefüllten Fragebogen bitte unterschrieben an Uta Marie Reinbach zurückschicken oder faxen.

