



Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerakademie Erfurt | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung / Coaching / Hypnose
Date: 25.10.2019

Informationen für unser Erstgespräch

Um wertvolle Zeit für unser persönliches Gespräch zu sparen, möchte ich Sie bitten, diesen Erfassungsbogen in aller Ruhe auszufüllen. Bitte nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit. Dieser Fragebogen hilft mir, ein erstes Bild von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu bekommen. Rechtschreibung und Formulierung sind nicht so wichtig, es kommt nur auf den Inhalt an. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte lassen Sie mir diesen Erfassungsbogen vorab zukommen. Sollte es Ihnen schwerfallen, können wir die Informationen gern auch gemeinsam eintragen. Sie sollten wissen, dass ich im Bereich Begleitung / Coaching mit Entspannungstechniken arbeite. Sollten Sie also ein herkömmliches Coaching wünschen, sollten Sie sich ggf. informieren.

Persönliches:

Ihr Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Klient (bei Minderjährigen): _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Ich wünsche Hausbesuch/e _____ Termin vereinbart am: _____

Ich wünsche die Anwendung / das Erlernen von Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Hypnose / Selbsthypnose)

Ich wünsche Veränderungen / Begleitung / Coaching zu folgendem Thema / Schwerpunkt:

Verlust Verbesserung Verarbeitung Veränderung

Unsicherheit Unterstützung Steigerung Umstellung

Zielanalyse Zielfindung Studien-/Berufswahl Ressourcen

Umgang Verhalten Partnerschaft Kompetenz

Stress Schlaf Zeitmanagement Gewohnheiten

Reaktionen Eigenschaften Lebensweise Selbstwert

Erfassungsbogen Begleitung / Coaching



Praxis Katrin Micholka | Seite 2

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerwerkstatt Erfurt | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung | Coaching | Hypnose
Date: 25.10.2019

Bitte erläutern Sie kurz Ihr spezielles Thema:

Gibt es eine Vorgeschichte?

Was war der Auslöser?

Welche Vorteile hatten Sie aufgrund Ihres Problems?

(z. B. viel Aufmerksamkeit, mehr Kontakte, bessere Bedingungen)

Was ist Ihr persönliches Ziel?

Hatten Sie bereits ein/e Begleitung / Beratung / Coaching / Therapie zu Ihrem Thema?

Erfassungsbogen Begleitung / Coaching



Praxis Katrin Micholka | Seite 3

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerwerkstatt Erfurt | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung | Coaching | Hypnose
Date: 25.10.2019

Wie genau äußert sich das Problem:

Seit wann besteht Ihr zu behandelndes Thema?

(z. B. Kindheit, Scheidung, Umzug, Verlust)

Trat zuerst auf:

Ursache:

Tritt auf (wie oft):

Welche konkreten seelischen oder körperlichen **Beschwerden** gibt es momentan?

Was ist Ihr **Hauptziel**:

(z. B. „Ich möchte wieder...“, „Ich kann wieder...“)

Welche einzelnen **Veränderungen** wünschen Sie sich?

(die einzelnen Punkte des Anliegens erläutern)

Faktoren, die **Einfluss** auf Ihr Problem haben:

(z. B. Verstärker, Abschwächer, Kollegen, Partner, Familie, Umgebung, Stress, Entspannung, Stimmung)

positiv

negativ

Erfassungsbogen Begleitung / Coaching



Praxis Katrin Micholka | Seite 4

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerwerkstatt Erturt | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung / Coaching / Hypnose
Date: 25.10.2019

Gibt es gesundheitliche **Faktoren**, die Ihr Problem Ihrer Meinung nach beeinflussen?

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein und wie vertragen Sie diese?

Name des Medikaments	Vertrage ich	gut	nicht gut, weil
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ...

Familiäre Vorbelastungen / Krankheiten / Probleme:

(z. B. Vernachlässigung, häufiger Umzug, Scheidungskind, Geschwisterrivalitäten, Krankheiten, Streit, Erziehung)

Meine körperliche Gesundheit

(z. B. orthopädische Beschwerden, Einschränkungen, Operationen)

Beschwerde _____ Ursache: _____

Sonstige Informationen dazu: _____

Beschwerde _____ Ursache: _____

Sonstige Informationen dazu: _____

Beschwerde _____ Ursache: _____

Sonstige Informationen dazu: _____

Erfassungsbogen Begleitung / Coaching



Praxis Katrin Micholka | Seite 5

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerarbeitstherapeutin | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung / Coaching / Hypnose
Date: 25.10.2019

Meine psychische Gesundheit

(z. B. psychische Leiden, wie Depressionen, Schlafstörungen, Krankheiten der Schilddrüse)

Beschwerde

Ursache:

Sonstige Informationen dazu:

Beschwerde

Ursache:

Sonstige Informationen dazu:

Beschwerde

Ursache:

Sonstige Informationen dazu:

Beschwerde

Ursache:

Sonstige Informationen dazu:

Gab es in Ihrer Vergangenheit **Suizidversuche**?

ja nein der Gedanke war da geplant Wann: Wie:

Ursache:

Allergien:

Angst vor:

Besonderheiten im Lebenslauf:

Ich bin Raucher: ___ Zigaretten pro Tag Ich trinke Alkohol: selten regelmäßig nie

Ich nehme folgende Drogen: Menge: selten regelmäßig nie

Stresslevel auf einer Skala von 1 – 10 (1 wenig / 10 stark):

Sport: selten regelmäßig nie Welchen:

Typische Schlafenszeiten von/bis: Regelmäßig im Freien: ja nein

Ernährung: ausgewogen regelmäßig gesund einseitig unregelmäßig ungesund

Beziehung: ja nein feste Beziehung offene Beziehung zufrieden unzufrieden

Wie ist Ihre Beziehung?

Erfassungsbogen Begleitung / Coaching



Praxis Katrin Micholka | Seite 6

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerwerkstatt Erfurt | Weimar DE
Praxis für Verlustbewältigung
Begleitung | Coaching | Hypnose
Date: 25.10.2018

Gibt es schwere / traumatische Ereignisse in Ihrem Lebenslauf?

(z. B. in der Kindheit, Vernachlässigung, Elternhaus, Trennung, Verlust, Unfälle)

Sind Sie in medizinischer oder anderer Betreuung?

(z. B. Therapeuten, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Seminare)

Gibt es Personen, die Ihnen nahestehen?

(z. B. Freunde, Verwandte, Arbeitskollegen, Vereinskollegen, Ehrenamt, Nachbarn)

Name: _____ Beziehung zueinander: _____

Name: _____ Beziehung zueinander: _____

Name: _____ Beziehung zueinander: _____

Name: _____ Beziehung zueinander: _____

Name: _____ Beziehung zueinander: _____

Was waren / sind Ihre Interessen / Hobbies?

Kindheit: _____

Jugend: _____

Erwachsenenzeit: _____

Sonstige (evtl. gemeinsame): _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass fehlerhafte Aussagen den Ablauf der Begleitung beeinträchtigen können. Mir ist klar, dass kein Heilversprechen gegeben wird oder medizinische Behandlungen ersetzt werden. Laufende medizinische / medikamentöse Behandlungen oder Therapien dürfen nicht abgebrochen werden.

Ort, Datum, Unterschrift Klient