

# Erfassungsbogen Trauerbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 1

Digitally signed by: Katrin Micholka  
Trauerwerkstatt 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.

### Persönliches:

Ihr Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Klient (bei Minderjährigen):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Mobil:

Ich wünsche Hausbesuch/e

Termin vereinbart am:

Person, um die ich trauere:

Verstorben am:

Ihre **Beziehung** zueinander (befreundet, verwandt):

Sterbeort:

Bitte erläutern Sie kurz die **Umstände des Todes**:

(z. B. Krankenhaus, Unfall, Suizid, zu Hause, Einrichtung, gewaltsamer Tod, allein, begleitet)

Gibt es eine **Vorgeschichte**?

(z. B. lange Krankheit, wiederkehrende Krankheit, erwarteter Tod, plötzlich)

# Erfassungsbogen Trauerbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 2

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

## Wie war Ihre **Beziehung**?

(z. B. harmonisch, angespannt, lange Abwesenheit)

---

---

---

## Was sind die wichtigen **Daten** Ihrer Beziehung?

(z. B. Hochzeit, Geburten, Jubiläen, besondere Feiertage)

---

---

---

---

---

## Gibt es wichtige **Orte** Ihrer Beziehung?

(z. B. Wohnorte, Urlaubsorte, wo waren Sie gern gemeinsam)

---

---

---

## Gibt es vorangegangene, wichtige **Verluste** durch Tod in Ihrer Lebensgeschichte?

(z. B. Freunde, Großeltern, Eltern, Kinder)

**Name** \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

Beziehung zur Person: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

Beziehung zur Person: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

# Erfassungsbogen Trauerbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 3

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

## Gibt es andere wichtige **Verluste** nicht durch Tod?

(z. B. Trennung, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, Umzug, Verlust eines Haustieres, Verlust der Gesundheit)

Verlust: _____	Wann: _____
Verlust: _____	Wann: _____
Verlust: _____	Wann: _____
Verlust: _____	Wann: _____
Verlust: _____	Wann: _____

## Sind Sie in medizinischer oder anderer **Betreuung**?

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Nehmen Sie derzeit **Medikamente**, um gesundheitliche / seelische Probleme zu lindern? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gibt es andere **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 finden Sie derzeit besonders **problematisch** in Ihrer Situation?

(z. B. finanzielle Sorgen, Krankheit, Umzug, Verantwortung, andere Lasten, Unzulänglichkeiten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Erfassungsbogen Trauerbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 4

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

Gibt es gesundheitliche oder seelische **Probleme**, die den Trauerprozess Ihrer Meinung nach beeinflussen?

Gab es in Ihrer Vergangenheit **Suizidversuche**?

ja  nein  der Gedanke war da  geplant Wann: \_\_\_\_\_ Wie: \_\_\_\_\_

Ursache: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr **Wunsch / Ziel** für die nächsten Wochen?

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

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