



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:

Ich wünsche Begleitung / Coaching zu folgendem Verlustthema:

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

Ich bin traurig, weil mir etwas verloren gegangen ist.

Verlust von Lebensinhalten

Verlust der Gesundheit

Verlust der Lebensqualität

Verlust der Arbeitsstelle

Verlust Partner/in

Verlust eines Haustiers

Umzug

Verlust von Fertigkeiten

Verlust einer Funktion

Auszug der Kinder

Verlust von Gewohnheiten

Verlust von Lebensumständen

Sonstiges:

Bitte erläutern Sie kurz Ihr spezielles Thema und die damit verbundenen Probleme.

Erfassungsbogen Verlustbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 2

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

Gibt es eine **Vorgeschichte**?

Was war der **Auslöser**?

Welche **Vorteile** haben Sie aufgrund Ihres Problems?

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

Was ist Ihr persönliches **Ziel**?

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

Erfassungsbogen Verlustbegleitung



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:

Wann:

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 Verlustbegleitung



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)

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 Verlustbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 5

Digitally signed by: Katrin Micholka
Trauerwerkstatt Erfurt | 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 o. ä.)

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 Verlustbegleitung



Praxis Katrin Micholka | Seite 6

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

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