

Martin Lehmann-Waldau
Pfinztalstraße 90
76227 Karlsruhe
info@anwaltsmediation-karlsruhe.de
www.anwaltsmediation-karlsruhe.de

Eingangsformular

Bitte geben Sie die folgenden Informationen und Antworten, soweit möglich:

Die Informationen bleiben vertraulich und werden an niemanden weitergegeben.

Bitte bringen Sie das Formular zur ersten Sitzung mit oder senden Sie es mir zu.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Alter: _____ Geschlecht:

nie verheiratet Partnerschaft verheiratet getrennt geschieden verwitwet

Bitte nennen Sie alle Ihre Kinder /Alter: _____

Adresse: _____

Telefon: (_____) Mobil: (_____)

Darf ich eine Nachricht hinterlassen? Ja Nein

E-mail: _____ Darf ich Ihnen eine Email schreiben? Ja

Nein

*Bitte beachten Sie: Bei Email-Korrespondenz kann keine 100%ig sichere Datenübertragung gewährleistet werden.

Empfohlen von (falls anwendbar): _____

Haben Sie bereits psychologische oder psychiatrische Hilfe / Beratung in Anspruch genommen?☒

Nein☒ Ja, bei wem?: _____

Allgemeine Fragen zur körperlichen und geistigen Gesundheit

1. Wie würden Sie Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

Schlecht Unbefriedigend Befriedigend Gut Sehr gut

Bitte benennen Sie die gesundheitlichen Probleme, die Sie gerade erleben:

2. Wie würden Sie Ihre Schlafgewohnheiten einschätzen?

Schlecht Unbefriedigend Befriedigend Gut Sehr gut

Bitte benennen Sie die Schlafprobleme, die Sie derzeit erleben:

3. Wie oft pro Woche treiben Sie Sport? _____☒ Welche Art von Sport unternehmen Sie?

4. Bitte benennen Sie Probleme, die Sie mit Appetit oder Essgewohnheiten erleben:

5. Erleben Sie derzeit überwältigende Traurigkeit, Trauer oder Depression?

Nein Ja

Wenn ja, wie lange? _____

6. Erleben Sie derzeit Angstzustände, Panikattacken oder Phobien?

Nein Ja

Falls ja, wann haben diese Erlebnisse begonnen? _____

7. Erleben Sie derzeit chronische Schmerzen?

Nein Ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie: _____

8. Trinken Sie mehr als einmal in der Woche Alkohol?☒

9. Wie oft nutzen Sie sog. Freizeitdrogen?

Täglich Wöchentlich Monatlich

10. Befinden Sie sich derzeit in einer Partnerschaft / Beziehung?

- Nein
- Manchmal
- Ja
- Nie

Falls ja, wie lange? _____

Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 ist der unterste Wert), wie würden Sie Ihre Beziehung einschätzen?

11. Welche wichtigen Lebensveränderungen oder einschneidenden Erlebnisse haben Sie in der letzten Zeit erlebt? _____

Zusätzliche Information:☒

1. Sind Sie derzeit beschäftigt? Nein Ja☒ Falls ja, wie ist Ihre derzeitige Beschäftigungssituation?

Macht Ihnen die Arbeit Spaß? Gibt es etwas stressbeladenes in Ihrer Arbeit?

2. Halten Sie sich für spirituell oder religiös? Nein Ja☒ Falls ja, beschreiben Sie Ihren Glauben:

3. Was würden Sie gerne in der Beratung erreichen?
