

Martin Lehmann-Waldau  
Postweg 30  
76187 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. Wir 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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_