

Frau Herr

Datum

Name

Alter

Adresse

Telefon
Fax

E-Mail

Aktuelle berufliche Tätigkeit

Aktuelle soziale Situation

Haben Sie körperliche Einschränkungen?

- ja, welche
 nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- ja, welche
 nein

Gibt es in Ihrem Leben zurzeit psychische Belastungen?

- ja, welche
 nein

Befinden Sie sich zurzeit in Behandlung?

- psychotherapeutischer psychiatrischer
 ja, wie lange
 nein

Ernsthafte depressive andere psychiatrische Erkrankungen, eine posttraumatische Belastungsstörung?

- ja, früher, aktuell
 nein

Waren Sie schon einmal suizidgefährdet?

- ja, früher, aktuell, Pläne?
 nein

Was ist der Anlass der Kontaktaufnahme?

Wie Berater*in gefunden? Grund des Kontaktes?

Auswirkung auf das positive Lebensgefühl?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nicht									stark

Gibt es Situation, in denen es gut gelungen ist?

- ja, Stichwort
 nein

Was ist Ihr Wunsch an die Beratung?

Woran würden Sie merken, dass es Ihnen besser geht?

Wenn Beratung möglich: Vereinbarungen

Coachingvereinbarung mit Termine, Kosten, Zahlung, Erfüllung