

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre momentane Situation und Befindlichkeit einschätzen und einen geeigneten Coachingplan anlegen zu können:

Nachname.....Vorname.....

Straße.....PLZ..... Ort.....

E-Mail.....Geburtsdatum.....

Geburtsort und Geburtszeit (gerne präzise, falls ermittelbar)

.....

Telefonnummer/n.....

Höchster Schulabschluss.....

Erlerner Beruf.....

Derzeitige berufliche Tätigkeit.....

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Liegen bestätigte psychische/psychiatrische Diagnosen vor- wenn ja, welche?

.....

Haben Sie jemals Unfälle, Operationen oder Katastrophen beobachtet?

.....

Verheiratet seit...../geschieden/Waise/ledig?.....

Gibt es Beziehungs- oder Eheprobleme?

.....

.....

Erfahren Sie Unterstützung? Wenn ja, durch wen?

.....

Haben Sie Kindern- wenn ja, wie viele und in welchem Alter?

.....

Falls Sie Kinder haben, gibt es aktuell Probleme mit Ihren Kindern- wenn ja, welche?

.....

Sind Sie mit Ihrem Lebensumfeld (Beruf, Wohnung, Stadt, Nachbarn...) zufrieden?

.....

Führen Sie ein stabiles Sozialleben?

.....

Schätzen Sie Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern heute ein (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihres Vaters (z.B. liebevoll, sorgte sich, ängstlich...)

.....

Gab/Gibt es Probleme mit dem Vater?

.....

Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihrer Mutter (z.B. liebevoll, sorgte sich, ängstlich...)

.....

Gab/Gibt es Probleme mit der Mutter?

.....

Fühlen Sie sich abhängig von Ihren Eltern?

.....

Beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil während Ihrer Jugend (z.B. streng, religiös, nach Regeln, herzlich, chaotisch, kühl...)

.....

Haben Sie sich zu Hause in Ihrer Jugend wohl gefühlt?

.....

Haben Sie Geschwister- und wenn ja, wieviele und mit welchem Altersabstand?

.....

Gab es Geschwisterrivalität?

.....

Gab es Mobbing, Schulprobleme, Polizeikontakt in der Jugend?

.....

Nennen Sie die Namen von 1-3 Personen (nicht Eltern), deren Verhalten Sie überhaupt nicht leiden können und die sie „nerven“:

.....

Betreiben Sie aktiv Sport?

.....

Wieviel Zeit verbringen Sie täglich mit elektronischen Medien (Computer, Smartphone, TV) Bitte eine ehrliche Angabe, ggf. in Stunden:

.....

Besondere Gewohnheiten

.....

Haben Sie Süchte

.....

Sind Sie mit dem, was Sie erreicht haben, zufrieden?

.....

Schätzen Sie Ihre Religiosität/Ihren Glauben ein (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Was wollen Sie mit diesem Coaching erreichen? (Stichpunkte Ihrer Ziele)

Diese Frage ist wichtig. Machen Sie sich hierüber ausreichend Gedanken.

.....

.....

.....

.....

.....

Wie hoch schätzen Sie Ihre Coachingmotivation ein? (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja Nein

Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja Nein

Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit? Ja Nein

Haben Sie weniger Freude und Interessen? Ja Nein

Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos? Ja Nein

Zweifeln Sie an sich und haben Sie Angst zu versagen? Ja Nein

Können Sie sich konzentrieren? Ja Nein

Gab es früher Phasen, wo sie hoffnungslos oder deprimiert waren? Ja Nein

Haben Sie Ängste oder Angstattacken? Ja Nein

Hatten Sie schon mal optische oder akustische Halluzinationen? Ja Nein

Treiben Sie extrem viel Sport? Ja Nein

Leiden Sie manchmal unter:

Ohrgeräuschen

Schwindel

Luftnot

Herzklopfen

Druckgefühl

Beklemmungsgefühlen

Kloßgefühl im Hals

Schwitzen

Nervosität

Unruhe

Magenschmerzen

Rückenschmerzen

Menstruationsbeschwerden

Kopfschmerzen

Übelkeit

Ergänzende Anmerkung:

.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift