Fragebogen zur Gesundheitsberatung:

„Individuelle Begleitung bei Lebenskrisen und beruflichen Herausforderungen.“

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und senden Sie das Formular per E-Mail zeitnah an mich zurück. Es werden hier für mich wichtige Informationen erhoben, die unser Vorgespräch ergänzen. Die Fragen zur Gesundheit sind aus rechtlichen Gründen unabdingbar für mich, um Ihre psychische Gesundheit bestätigt zu bekommen und bei körperlichen Einschränkungen auf mögliche Zwischenfälle vorbereitet zu sein.

Schweigepflicht und Vertraulichkeit

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und versichere Ihnen, dass ich Ihre Angaben absolut vertraulich behandle. Ich nutze die Informationen ausschließlich im Rahmen Ihres Kurses und lösche sie nach dessen Abschluss. Sollte keine Zusammenarbeit zustande kommen, werden diese Datei und alle damit zusammenhängenden persönlichen Informationen zeitnah von mir gelöscht.

Persönliche Informationen

- **Name:** _____
- **Adresse (PLZ/Wohnort):** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Telefon:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Berufliche/ausübende Tätigkeit:**

1. Motivation zur Teilnahme

Was ist Ihre Motivation, eine Gesundheitsberatung in Anspruch zu nehmen?

2. Aktuelle Situation

Befinden Sie sich momentan in einer belastenden oder entspannten Lebenssituation? Was haben Sie bisher unternommen, um diese Situation zu verbessern?

3. Gesundheitsziele

Welche gesundheitlichen Ziele möchten Sie mit der Beratung erreichen?

4. Therapeutische/medizinische Behandlung

Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder ärztlicher Behandlung?

- Ja
 Nein

Falls ja, bitte geben Sie die Diagnose an: _____

Weiß Ihr Therapeut/Arzt, dass Sie an der Beratung teilnehmen?

- Ja
 Nein

Darf ich mit Ihrem Therapeuten/Arzt Kontakt aufnehmen, um die Teilnahme zu besprechen?

- Ja
 Nein

Name und Telefonnummer des Therapeuten/Arztes: _____

5. Sucht- oder Erkrankungen

Leiden Sie an einer Suchterkrankung?

- Ja, welcher Art: _____
 Nein

Gibt es andere körperliche Einschränkungen oder Krankheiten?

- Ja, welche: _____
 Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja, welche: _____
 Nein

6. Praktische Umsetzung

Zu welcher Tageszeit und an welchem Ort wird es für Sie möglich sein, Ihre gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag zu integrieren?

7. Erfahrungsquelle

Auf welchem Weg haben Sie von mir erfahren?

- Internetsuche
 - LinkedIn
 - Instagram
 - Facebook
 - Empfehlung
 - Sonstiges: _____
-

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?

Unterschrift

Ich wurde von Martina Meitzler darüber aufgeklärt, dass diese Gesundheitsberatung keine medizinische oder ärztliche Behandlung ersetzt.

Ort, Datum, Unterschrift Klient*in

Vielen Dank!