

Selbsteinschätzungsbogen

Erwachsene

connecting link Coaching



Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Telefon : _____

Email : _____

Grund/Thema des Termins und wie äußert es sich:

Seit wann besteht das Thema:

Welches Ziel/welche Ziele möchte/n erreicht werden:

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (z.B. Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse):

Haben irgendwelche Personen Einfluss auf die Themen (Partner, Eltern, Chef, etc.):

Bestehen derzeit noch andere aktuelle Sondersituationen (z.B. Schwangerschaft) ja nein

Wenn ja, welche:

Werden Medikamente eingenommen? ja nein Wenn ja, welche?

Wurde oder wird eine Psychotherapie in Anspruch genommen? ja nein Wenn ja, weshalb?

Weitere Therapien ja nein Wenn ja, welche?

Bestehen ähnliche Problematiken in der Familie? ja nein Wenn ja, welche und bei wem?

Allergien, Hauterkrankungen etc. Wenn ja, welche:

Angst- und Panikattacken (Auto/Bahn/Bus/Flug, Zukunft, ärztliche Behandlungen ...)

Bluthochdruck/zu niedriger Blutdruck

Burnout Welche Symptome:

chronische Erkrankungen/Schmerzzustände:

Erkrankungen der Atemwege:

Erkrankungen des Magen – Darmtraktes:

Essstörung Wenn ja, wie äußert es sich:

Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefizite

Lernschwäche, Lernblockaden, Stottern, Präsentationen, Wettkämpfe, Vorträge etc.

Rheumatische Erkrankungen Wenn ja, welche:

Ohnmachtsanfälle

Phobien Wenn ja, welche:

Schilddrüsenfehlfunktion Unterfunktion Überfunktion

Sonstige Erkrankungen:

Schlafstörungen Wie äußern sich diese:

Schwindel, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen

Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen

Trigeminusneuralgie

Sonstiges:

Folgende ***Glaubenssätze*** sind nur Beispiele, daher bitte ich Sie eigene zu formulieren.

das schaffe ich nie

ich kann keine Nähe zulassen

ich muss perfekt sein

Eifersucht

Trauer, Verlust, Trennung

Verzweiflung

Wurden Sie schon einmal mit der connecting link Methode gecoacht? ja nein

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank!