|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  | Geburtsdatum |  | *Foto – falls angenehm* |
| Nachname |  | Mobil-Telefon |  |
| Strasse |  | Telefon privat |  |
| PLZ / Ort |  | E-mail |  |
| Land |  | Webseite |  |
| Beruf |  | Geschlecht |  |  |

*Bitte Zutreffendes ausfüllen und rechtzeitig* ***per Post*** *vorab senden oder persönlich übergeben - alle Informationen werden* ***streng vertraulich*** *behandelt und dienen Ihrer optimalen Unterstützung.*

|  |  |
| --- | --- |
| * Wer hat Ihnen diese Arbeit empfohlen?
 |  |

* Kennen Sie jemanden, der an diesem Workshop teilnimmt? Und falls ja, welche Art von Beziehung haben Sie zueinander?

|  |
| --- |
|  |

* Angaben zu Ihrer familiären Situation (verheiratet, mit eine/r/m PartnerIn zusammen oder zusammen lebend, getrennt, wie lange? Kinder, Enkelkinder, Alter/ Geschlecht):

|  |
| --- |
|  |

* Sind Sie Körper- oder PsychotherapeutIn oder haben sie einen Beruf im Gesundheitswesen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

Falls ja, beschreiben Sie bitte die Art Ihrer Praxis, Ihrer Ausbildung(en)
oder Ihres Ausbildungsstatus, der Therapiemethoden und Klienten pro Woche:

|  |
| --- |
|  |

* Was ist Ihr Anliegen mit dem Sie kommen?

|  |
| --- |
|  |

* Ich bin in der Lage körperliche Aktivitäten mitzumachen und in guter physischer, emotionaler und geistiger Gesundheit: Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Haben Sie körperliche Beschwerden oder müssen bestimmte Bereiche im Körper beachtet werden? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Falls ja welche?

|  |
| --- |
|  |

* Bitte bestätigen Sie Zutreffendes durch **Eintragen von ja oder nein**:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich bin verantwortlich für mein Wohlbefinden. |
|  | Ich akzeptiere, dass ich über wichtige Informationen wahrheitsgemäße Angaben mache. |
|  | Eventuelle Video- oder Audioaufzeichnungen, die Sie oder ich auf Ihren Wunsch angefertigt haben, dürfen nur von Ihnen selbst oder mir angeschaut oder angehört werden. Eine andere Verwendung darf nur mit Ihrer und meiner ausdrücklichen und schriftlichen Genehmigung erfolgen. |

* **Nur für Gruppen:** Bitte bestätigen Sie Zutreffendes durch **Eintragen von ja oder nein und zusätzlich durch Abzeichnen mit Ihrer Unterschrift:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dürfen Ihre Kontaktdaten (Adresse/Telefon/E-mail Adresse) mit den anderen Teilnehmern geteilt werden? |
|  | Ich stimme zu, daß bei Ko-Leitung des Seminars dieser die Information dieses Fragebogens zur Verfügung gestellt wird. |
|  | Ich wahre Vertraulichkeit bzgl. jeglicher Information andere Teilnehmer betreffend. |
|  | Während der Gruppe und einen Tag vorher nehme ich kein Nikotin, Alkohol oder Freizeitdrogen bis zum Ende der Gruppe zu mir. |
|  | Ich verzichte während der Gruppe auf Parfum und parfümierter Kosmetika. |
|  | Ich nehme vom Anfang bis zum Ende des Workshops teil. |
|  | Ich verpflichte mich, Audio- oder Video-Aufzeichnungen nur persönlich oder mit den daran beteiligten Teilnehmern anzuschauen oder anzuhören. Eine andere Verwendung bedarf der schriftlichen Genehmigung aller abgebildeten oder zu hörenden Personen der Aufzeichnung. |

* Nehmen Sie Medikamente? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Falls ja welche und aus welchem Grund?

|  |
| --- |
|  |

* Nehmen Sie im Moment Drogen, Alkohol oder Nikotin? Welche & wieviel pro Tag/ Woche?

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie Erfahrungen in Körperarbeit, Therapien, Gruppenarbeit etc.? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Falls ja, welche und wie oft? |  |

* Haben Sie noch andere Unterstützungen/Therapien/Behandlungen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Falls ja, welche? |  |

Hat diese Person Fähigkeiten bzgl. prä- und perinataler Therapie? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

Wenn Sie keine anderen Möglichkeiten der Unterstützung haben, was möchten Sie dafür unternehmen?

|  |
| --- |
|  |

* Bitte nennen Sie Ärzte oder andere Therapeuten bei denen Sie in Behandlung sind:

|  |
| --- |
|  |

* Sind Sie im Moment schwanger? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Falls ja, was ist der errechnete Geburtstermin? |

* Bitte kreuzen Sie an, was sie wissen oder denken, dass es auf Ihre Geburt zutrifft.

Meine Geburt war:

Falls Medikamente, welche?

|  |  |
| --- | --- |
|  | eine vaginale Geburt im Krankenhaus ohne Medikamente |
|  | eine vaginale Geburt im Krankenhaus mit Medikamenten |
|  | eine vaginale Geburt zu Hause ohne Medikamente |
|  | eine vaginale Geburt zu Hause mit Medikamenten? |
|  | unter Anästhesie |
|  | mit einer Zange |
|  | mit einer Saugglocke |
|  | angeschlossen an einem Monitor für die kindlichen Herztöne |
|  | Kaiserschnitt |
|  | Steißlage |
|  | eine Mehrlingsgeburt |
|  | Nabelschnurprobleme |
|  | andere Geburtskomplikationen, bitte erklären: |
|  | Möchten Sie noch etwas hinzufügen? |

* Bitte kreuzen Sie an was Sie wissen oder denken, dass es auf Ihre pränatale Geburtsgeschichte zutrifft:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich hatte einen Zwilling der/die nicht lebt. Ab welchem Moment der Schwangerschaft oder nach der Geburt ist der Zwilling gegangen? |
|  | Ich war eine Frühgeburt. In der wievielten Woche? |
|  | Ich war auf einer Neugeborenen Intensivstation. Bitte geben Sie an für wie lange? |
|  | Ich war im Brutkasten. Wie lange? |
|  | War Ihr Vater während der Geburt anwesend?  |
|  | Waren Sie von Ihrer Mutter getrennt (Kinderabteilung)?  |
|  | Sind Sie gestillt worden? wenn ja wie lange? |
|  | Männer: sind Sie als Kleinkind beschnitten worden? |
|  | Waren Sie erwünscht? |
|  | Zusätzliche Anmerkungen: |

* Bitte notieren Sie alle Interventionen kurz nach der Geburt, sowie Einweisungen ins Krankenhaus, soweit es Ihnen bekannt ist:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* Welche Operationen und schwere Erkrankungen hatten Sie im Säuglingsalter oder Kindheit?

|  |
| --- |
|  |

* Wissen Sie, ob in ihrer Familie ein Kind gestorben ist? Durch Fehlgeburt, Abort, Totgeburt, Kindstod? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Wenn ja, sind Sie sich bewusst darüber, wie Sie dies berührt? Falls ja, geben Sie bitte Datum und Einzelheiten der Umstände an, die Ihnen bewußt sind.

|  |
| --- |
|  |

* Waren Ihre Eltern Ihre leiblichen Eltern? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
* Wurden Sie adoptiert? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

Wenn ja, was wissen Sie darüber?

|  |
| --- |
|  |

* Wer hat Sie aufgezogen? Sind Sie von einem Elternteil aufgezogen worden? Falls sich Ihre Eltern getrennt haben, wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? Hatten Sie andere wichtige Bezugspersonen wie z.B. die Grosseltern, eine Tante, ein Onkel, Paten oder Adoptiveltern?

|  |
| --- |
|  |

* Haben/ hatten Sie Geschwister? Bitte nennen Sie den Altersunterschied und Ihre Beziehung zu ihnen.

|  |
| --- |
|  |

* Bitte beschreiben Sie weitere Kenntnisse über Ihre Empfängnis und das Verhalten Ihrer Eltern Ihnen gegenüber (geplant, ungeplant, gewollt, ungewollt, unterstützte Empfängnis oder künstliche Befruchtung). Falls ungewollt, haben ihre Eltern eine Abtreibung in Erwägung gezogen oder versucht?

|  |
| --- |
|  |

* Was wissen Sie über Ihr Leben in der Gebärmutter, physische und emotionale Einflüsse (mütterliches oder väterliches Rauchen, Trinken, Drogen, mütterliche Ernährung)?

|  |
| --- |
|  |

* Ab- oder Anwesenheit des Vaters während der Schwangerschaft oder Geburt, die Beziehung Ihrer Eltern während der Schwangerschaft, die Haltung Ihrer Geschwister, Familie bzgl. Ihrer Geburt:

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie ein Kind verloren durch Fehlgeburt, Abort, Totgeburt? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Falls ja, bitte beschreiben Sie die Umstände mit Datum und welche
Auswirkung dies in Ihrem heutigen Leben evtl. hat.

|  |
| --- |
|  |

* Waren oder sind Sie gegenwärtig in einer missbräuchlichen Beziehung? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

Wenn ja seit wann?

|  |
| --- |
|  |

In welcher Beziehung stand oder steht die Person zu Ihnen?

|  |
| --- |
|  |

Ist oder war der Missbrauch körperlich, sexuell, oder emotional?

|  |
| --- |
|  |

Wenn es sich um eine frühere Situation handelt, welchen Schritt haben Sie unternommen?
Wenn es sich um eine aktuelle Situation handelt, welches sind Ihre Schritte?
Bitte schreiben Sie eine detaillierte Antwort.

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie schon Psychopharmaka verschrieben bekommen? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Umstände und das Ergebnis mit Datum.

|  |
| --- |
|  |

* Sind Sie schon einmal in eine Psychiatrie aufgenommen worden? Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Wenn ja beschreiben Sie die Umstände mit Datum.

|  |
| --- |
|  |

* Hat jemand in Ihrer Familie einen Selbstmord oder Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Selbstmordversuch begangen?
Hatten Sie schon einmal Selbstmordgedanken oder einen Ja **\_\_** Nein **\_\_**
Selbstmordversuch unternommen?
Wenn ja, können Sie die Umstände mit Datum beschreiben.

|  |
| --- |
|  |

* Angaben zur Familie: wann geboren (Eltern/Groß- & Urgroßeltern) in Bezug auf evtl Kriegs- oder Fluchterfahrungen.

|  |
| --- |
|  |

* Weitere wichtige Informationen, die Sie außerdem mitteilen möchten:

|  |
| --- |
|  |

* Was macht Ihnen Freude, stärkt Sie bei Herausforderungen, was hilft Ihnen oder hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unterschrift** |  | **Datum** |  |

**Anlage:** Datenschutzerklärung *(bitte ebenfalls unterschreiben und beifügen)*