

02 Checkliste Vorgespraech

1/2

A. PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gemeinde: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ E-Mail: _____

verheiratet, ungetrennt

ledig

verwitwet

verheiratet, getrennt

geschieden

Zweitehe

B. FIC-MATERIAL

Ja Nein

Hast du NEUES LEBEN – NEUE IDENTITÄT gelesen?

Hast du DER DIE KETTEN SPRENGT gelesen?

Bist du schon einmal durch die SCHRITTE gegangen?

C. GEISTLICHES

Ja Nein

1. Kämpfst du mit Ängsten?

2. Leidest du unter Sorgen oder Depressionen?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Belästigen dich quälende Gedanken (lüsterne, verurteilende, gotteslästerliche, gewalttätige, zornige usw.), die du nicht loswerden kannst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hörst du „Stimmen“ in deinem Kopf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leidest du unter Essstörungen wie Magersucht, Ess-Brechsucht oder Esssucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hast du dich je selbst verletzt (geritzt, geschnitten usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hast du Gewohnheiten, über die du wenig oder keine Kontrolle hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hast du jemals mit Selbstmordgedanken gekämpft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bist du jemals psychisch, körperlich oder sexuell missbraucht worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bist du, deine Familie oder Vorfahren jemals in Okkultismus verwickelt gewesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |