



BEGLEITFRAGEBOGEN - ALS - VERLAUFSDOKUMENTATION „C.ALLMER 2010“

Die vorliegende Verlaufsdocumentation wurde vor dem konzeptuellen Hintergrund anthroposophischer Medizin entwickelt. Die verwendeten Kategorien sind daher aus herkömmlich-klinischer Sicht teilweise unüblich: z.B. auf- und abbauende Prozesse, Elementarkräfte im wässrigen, luftigen, feurigen, erdigen Bereich. Diese ermöglichen jedoch aus anthroposophischer Betrachtungsweise eine genaue Verlaufsbeobachtung therapeutischer Prozesse. Die kombinierte Betrachtung zweier linearer Skalen ermöglicht innerhalb einer Frage eine viergliedrige typologische Darstellung. Das Handbuch führt in den Gebrauch der Verlaufsdocumentation ein. Diese Verlaufsdocumentation bezieht sich bei vielen Fragen darauf, wie es den Befragten in den letzten vier Wochen überwiegend ging.

Name der Patientin/des Patienten: _____

Datum der Erhebung: _____

Die Fragen wurden: sitzend liegend stehend beantwortet Abschlussbehandlung

Behandlung: 1.Woche 5. Woche nachWochen/Monaten

Frage 1: Wie fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen in Ihrem Leib?

träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erfrischt
wie gelähmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beweglich/lebendig
erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erquickt/wach
schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leicht
zerschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	körperlich frisch/kraftvoll
geborgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hüllenlos/nackt
wohlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbehaglich
warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kalt/ fröstelnd
frisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	matt/müde

Sonstiges/Anmerkungen:

Frage 2: a) Brauchen Sie zum Einschlafen eine externe Wärmequelle (z.B. Wärmeflasche)?

nie selten oft immer

b) Wie ist Ihr Schlafverhalten?

schlafe leicht ein schlafe schwer ein
 schlafe ganz durch wache mehrmals auf

c) Wann schlafen Sie normalerweise ein?

Uhrzeit/en

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Sonstiges: (Tag- oder Nachtschicht,...)

d) Wann wachen Sie normalerweise auf?

Uhrzeiten																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Sonstiges: (Tag- oder Nachtschicht,...)

e) Sind Sie Schlafwandler/in?

ja nein

Frage 3: Wie fühlen Sie sich nach dem Aufwachen?

a) im Brustbereich

trocken feucht

warm kalt

b) im Bauchbereich

trocken feucht

warm kalt

c) im oberen Rückenbereich

trocken feucht

warm kalt

d) im unteren Rückenbereich

trocken feucht

warm kalt

e) im Nackenbereich

trocken feucht

warm kalt

f) an den Händen

trocken feucht

warm kalt

g) an den Füßen

trocken feucht

warm kalt

h) Sonstige Körperteile:

trocken feucht

warm kalt

Frage 4: Wie fühlen Sie sich abends beim Zu-Bett-Gehen in Ihrem Leib?

träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erfrischt
wie gelähmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beweglich/lebendig
erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erquickt/wach
schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leicht
zerschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	körperlichfrisch/kraftvoll
geborgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hüllenlos/nackt
wohlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbehaglich
warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kalt/ fröstelnd
frisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	matt/müde

Sonstiges/Anmerkungen:

Frage 5: a) Zu welcher Uhrzeit sind Sie am leistungsfähigsten?

Uhrzeit																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

b) Zu welcher Uhrzeit sind Sie am wenigsten leistungsfähig?

Uhrzeit																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Frage 6: a) Können Sie sich nach dem Aufwachen an Ihre Träume erinnern?

nie immer

Hinweis: Wenn Sie sich nie (d.h. ganz linkes Kästchen) an Ihre Träume erinnern können, dann überspringen Sie die folgenden Teilfragen b bis d und machen Sie bei Frage 7 weiter.

b) Wie würden Sie Ihre Träume beschreiben?

- themenbezogen
 rhythmisch wiederkehrend
 Sonstiges: z.B. keinen Zusammenhang erkennend

c) Wie fühlen Sie sich in Ihren Träumen? Betreffendes zusätzlich unterstreichen
 gar nicht sehr

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| starr, angewurzelt, verschüttet,
versteinert... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwimmend, ertrinkend, tauchend,
Boot fahrend, von Welle erfasst... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fliegend, fallend, segelnd, Boden unter
Füßen verlierend, abstürzend... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verbrennend, abbrechend,
Verbrennungen, Dürre, Feuer kommt
vor... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d) In welchem Ausmaß treten während der Träume folgende Reaktionen auf?
 gar nicht sehr

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| schwitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zittern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| frieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Panik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühl der Erlösung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühl der Befreiung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühl der Stärkung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühl der Behaglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frage 7: a) Welche Art von Schmerzen haben Sie?

nie sehr häufig

- | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stumpf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pochend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pulsierend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ziehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| krampfend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| spitz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| stechend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| brennend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis: Wenn Sie in allen vier Zeilen „nie“ (d.h. ganz linkes Kästchen) angekreuzt haben: dann „überspringen“ Sie die folgende Teilfrage c und machen sie bei Frage 8 weiter.

b) Zu welcher Tageszeit haben Sie Schmerzen?

Uhrzeit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Sonstiges: (Wo am Leib..., Lokalisation)

Frage 8: a) Wie kann *der Gewebetonus des Patienten* am besten beschrieben werden?
vom Therapeuten auszufüllen

oberhalb des Zwerchfells

hyperton hypoton

unterhalb des Zwerchfells

hyperton hypoton

Sonstiges:

b) Wie kann Ihr Muskeltonus am besten beschrieben werden?

oberhalb des Zwerchfells

hyperton hypoton

unterhalb des Zwerchfells

hyperton hypoton

Sonstiges:

Frage 9: Wie kann Ihre Hautfarbe am besten beschrieben werden? evt. mit Therapeut auszufüllen

a) bezogen auf das Gesicht:

- entspricht dem Grundtypus und der Herkunft
- rötlich
- bläulich
- gelblich
- grünlich
- weiß
- grau
- matt
- glänzend
- bräunlich
- blass
- pfirsichblüt
- Sonstiges:

b) bezogen auf die Gliedmaßen

- entspricht dem Grundtypus und der Herkunft
- rötlich
- bläulich
- gelblich
- grünlich
- weiß
- grau
- matt
- glänzend
- bräunlich
- blass
- pfirsichblüt
- Sonstiges:

Frage 10: a) Wie sind Ihre Geschmacksvorlieben?

	mag ich gar nicht									mag ich sehr
süß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sauer, herb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scharf, pikant, würzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salzig, bitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Wie sind ihre Essgewohnheiten?

sehr regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unregelmäßig
sehr viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wenig

Sonstiges:

c) Zu welchen Uhrzeiten essen Sie normalerweise?

Uhrzeit																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Welche der folgenden Variante beschreibt Ihre Ernährung am besten?

- fettreduziert
- überwiegend Fleisch
- Mischkost
- überwiegend Gemüse
- vegetarisch
- vegan
- Diät

e) Haben Sie Nahrungs-bezogene Allergien/Unverträglichkeiten?

- ja nein

Wenn ja: welche?

f) Wie sind ihre Trinkgewohnheiten?

sehr regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr unregelmäßig
sehr viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wenig

Sonstiges:

Frage 11: a) Machen Sie Fastenkuren?

- ja nein

Hinweis: Wenn Sie keine Fastenkuren machen, dann „überspringen“ Sie die folgende Teilfrage b und machen Sie bei Frage 12 weiter.

b) Wenn ja: wann im Jahr machen sie diese?

	einmal						mehrmals
Frühjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Welche Art von Fastenkuren machen sie? Bitte hier benennen:

Frage 12: a) Bewegen sie sich gerne?

ja nein

b) Welche Art von Bewegung machen Sie?

Mehrere zum Auswählen	Wie oft?	Wie lange?
	Täglich/wöchentlich/monatlich	Minuten/Stunden
<input type="checkbox"/> Leistungssport		
<input type="checkbox"/> Fitnessstudio		
<input type="checkbox"/> Wandern		
<input type="checkbox"/> Schwimmen		
<input type="checkbox"/> Radfahren		
<input type="checkbox"/> Walken		
<input type="checkbox"/> Gartenarbeit		
Sonstiges:		

c) Wie und wo machen Sie Bewegung?

	regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unregelmäßig
	an frischer Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	in geschlossenen Räumen

d) Zu welchen Uhrzeiten machen Sie Bewegung?

Uhrzeit																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Frage 13: a) Wie würden sie Ihre Verdauung beschreiben?

sehr regelmäßig sehr unregelmäßig

Hinweis: Wenn Ihre Verdauung eher unregelmäßig ist überspringen Sie die folgende Teilfrage b und machen Sie bei Teilfrage c weiter.

b) Bei eher regelmäßiger Verdauung: Uhrzeit(en) bitte angeben.

Uhrzeit																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

c) Wie würden Sie die Konsistenz Ihres Stuhls beschreiben?

Verstopfung /sehr hart Durchfall /sehr weich

d) Wie sehr neigen Sie:

	gar nicht							sehr
zu Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Übersäuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 14: Wie warm oder kalt sind die Hautareale des Patienten in der Gegend von:
vom Therapeuten auszufüllen

	warm				kalt			
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber/Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 15: Wie sehr neigten Sie in Ihrer Kindheit zu Fieber? Wenn ja, wie oft jährlich?
sehr gar nicht

Frage 16: In welcher Jahreszeit fühlen sie sich am wohlsten?

	gar nicht				sehr			
Frühjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 17: Wie hoch sind Ihre Leistungsanforderungen

a) An sich selbst:

sehr hoch sehr gering

b) An andere:

sehr hoch sehr gering

Frage 18: Wie treffen Sie Entscheidungen:

überstürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	überlegt
mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	selbstständig
schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leicht

Frage 19: Wie gehe ich mit Stresssituationen und Konflikten um?

aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	passiv
konfliktklärend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erduldend

z.B. konfliktlösend, konfliktflüchtig, konfliktvermeidend
weitere Beispiele für die Zuordnung verschiedener Varianten, mit Stress und Konflikten umzugehen, zu „aktiv-passiv“ bzw. „aufbauend-abbauend“ finden Sie im Handbuch.

Frage 20: Wenn Sie jetzt die Wahl hätten: was würden Sie in Ihrem Leben ändern?

	gar nicht					sehr
Wohnsituation (Wohnung, Haus...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadt vs. Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort/Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnheiten/Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre innere Einstellung zum Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 21: Ziele formulieren:

- ein für mich sinnvolles und innerhalb von *4 Wochen* erreichbares Ziel wäre:
- ein für mich sinnvolles und innerhalb der nächsten *3 Monate* erreichbares Ziel wäre:
- ein für mich sinnvolles und innerhalb *eines Jahres* erreichbares Ziel wäre:
- Welche Unterstützung benötige ich, um die formulierten Ziele zu erreichen?
 - 4 Wochen – Ziel:
 - 3 Monats – Ziel:
 - Jahres – Ziel:
- Folgende Ziele habe ich in _____erreicht:

Rekonvaleszenz:

Während eines Kuraufenthaltes oder im klinischen Umfeld bei rehabilitierenden Maßnahmen ergibt sich die Möglichkeit der Zielformulierungen für:

- 1 Tag
- 1 Woche
- 1 Monat
- 3 Monate
- 6 Monate
- 1 Jahr
-

Anmerkungen: