

## Fragebogen für den Kursteilnehmende MBSR-Stressbewältigung

---

Anja Siebertz - Stressbewältigung und Achtsamkeit Schlossallee 11 – 53332 Bornheim  
Tel: 02227 – 90 93 97 mobil: 0157 – 86 73 86 27 E-Mail: info@anjasiebertz.de

Lieber Kursteilnehmender,  
ich bitte Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, damit ich Sie in einer angemessenen Art und Weise auf Ihrem Stressbewältigungsweg mit Achtsamkeit so gut wie möglich begleiten kann. Sie können sich darauf verlassen, dass alle Ihre Angaben streng vertraulich von mir behandelt werden. Wenn Sie Themen haben, die ich wissen muss oder sollte, Sie diese aber nicht schriftlich festhalten wollen, dann teilen Sie mir das bitte gerne mit.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name und Vorname des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Aktuelle berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon Vorerfahrung mit Entspannung, Meditation und Körperarbeit? Wenn ja, mit welchen Methoden und wie lange praktizieren Sie diese Methoden schon?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihre Motivation, um zu lernen den Stress zu bewältigen?

\_\_\_\_\_

Gibt es ein auslösendes Ereignis dafür, dass Sie den Kurs jetzt besuchen möchten?

\_\_\_\_\_

Wie äußert sich Stress bei Ihnen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits etwas unternommen um diese Situation zu verbessern? Wann ja, was?

\_\_\_\_\_

## Fragebogen für den Kursteilnehmende MBSR-Stressbewältigung

---

Gab es früher psychische Probleme? Wenn ja welche? (z.B. Depression, Angststörungen, Suchtprobleme z.B. Alkohol-/ Drogen, weiteres)?

---

Haben Sie früher eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erhalten? Wenn ja, wann und welche? Und haben sich Ihre Probleme gelöst oder bestehen sie weiterhin?

---

Gibt es aktuell psychische Probleme (z.B. Depression, Angststörungen, Suchtprobleme z.B. Alkohol-/ Drogen, weiteres)?

---

Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und wenn ja, in welcher und weshalb und welche Medikamente nehmen Sie ggf.?

---

Wenn Sie in therapeutischer / ärztlicher Behandlung sind, ist Ihr Therapeut / Arzt informiert, dass Sie diesen Kurs machen möchten?

---

Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden wie z.B. Asthma, Muskelkrämpfen, einer Herzerkrankung, akuten Schmerzen usw. ? Und wenn ja, unter welchen?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Gibt es sonst noch irgendetwas, was ich über Sie wissen sollte?

---

Die Teilnahme an der Veranstaltung geschieht auf eigene Verantwortung. Bei Unfällen, Beschädigungen, Verlust oder Diebstahl haftet der Veranstalter nicht.

Wenn Sie in ärztlicher, psychologisch oder psychiatrischer Behandlung sind, informieren Sie bitte Ihren Arzt / Therapeuten davon, dass Sie an diesem Kurs teilnehmen und besprechen Sie die Teilnahme mit ihm.

---

Ort, Datum

Unterschrift