|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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*** *vorabsenden oder persönlich übergeben - alle Informationen werden* ***streng vertraulich*** *behandelt und dienen Ihrer optimalen Unterstützung.*

* Gibt es seit dem letzten Seminar Veränderungen in Ihrer familiären Situation? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |
| --- |
|  |

* Oder berufliche Veränderungen? Falls ja nennen Sie bitte die Art Ihres Berufes: Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |
| --- |
|  |

* 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? Müssen bestimmte Bereiche im Körper beachtet werden? Falls ja welche/was? Ja **\_\_** Nein **\_\_**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

* ***Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen und zeichnen Sie Ihre Antwort mit Ihren Initialen ab:***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich bin verantwortlich für mein Wohlbefinden. |
|  | Ich mache über wichtige Informationen wahrheitsgemäße Angaben. |
|  | Dürfen Ihre Kontaktdaten (Adresse/Telefon/E-mail) mit den anderen Teilnehmern der Gruppe geteilt werden? |
|  | Ich wahre Vertraulichkeit bzgl. jeglicher Information andere Teilnehmer betreffend. |
|  | Während der Gruppe und mindestens einen Tag vorher nehme ich kein Nikotin, keinen Alkohol und keine Freizeitdrogen bis zum Ende der Gruppe zu mir. |
|  | Ich verzichte während der Gruppe auf Parfum oder parfümierte Kosmetika. |
|  | Ich stimme zu, daß bei Ko-Leitung des Seminars dieser meine Daten zur Verfügung gestellt werden. |
|  | 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. |

* Wie hat sich Ihr Leben seit dem letzten Workshop verändert oder was haben Sie verändert?

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie Unterstützung im oder durch Kontakt mit einer/m TeilnehmerIn aus dem letzten Workshop erlebt?

|  |
| --- |
|  |

* Was aus dem letzten Seminar war unterstützend für Ihr Leben?

|  |
| --- |
|  |

* Haben Sie zusätzliche Informationen über Ihre Geburt oder frühes Leben in/seit dem letzten Seminar erfahren?

|  |
| --- |
|  |

* Weitere wichtige Informationen, die Sie mitteilen möchten:

|  |
| --- |
|  |

* Bitte führen Sie andere Geburtsseminare auf, an denen Sie teilgenommen haben:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

**Anlage:** Datenschutzerklärung *(falls in der Vergangenheit noch nicht erfolgt, bitte ebenfalls unterschreiben und beifügen)*