



## Fragebogen für ein Vorgespräch zum Präventionskurs Entspannung mit **Autogenem Training**

**Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,**

um Ihr Anliegen und die Bedürfnisse so optimal wie möglich berücksichtigen zu können bitte ich Sie, folgend einige Fragen zu Ihrem Kind zu beantworten. Diese Angaben schaffen eine Grundlage für das telefonische Vorgespräch vor Ihrer möglichen Teilnahme. Sollten Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie diese einfach offen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Den Fragebogen können eingescannt per E-Mail oder auf dem Postweg zusenden.

Teilnehmerin/Teilnehmer:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Familienname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Weshalb möchten sie, dass ihr Kind diesen Kurs besucht? Welche Frage/n oder Problem/e beschäftigen Sie derzeit?

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie das Problem auf einer Skala von 1 bis 10 ein?  
(1 schlimm – 10 kein Problem)

\_\_\_\_\_

Haben Sie schon etwas unternommen, um eine Lösung zu finden? Wenn ja, was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was erwarten sie als Eltern von dem Kurs? Welche konkrete Veränderung wünschen Sie sich?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Sind Sie bereit, das Leben ihres Kindes so zu strukturieren, dass Sie jede Woche am Kurs teilnehmen und auch zwischen den Terminen täglich ca. 10 bis 20 Minuten üben können und Ihre Transferaufgaben zu erfüllen?

---

Auf einer Skala von 1 bis 10 wo würden Sie gerne mit dem Problem ankommen, wenn Ihr Ziel erreicht ist?  
(1 schlimm – 10 kein Problem)

---

Hat ihr Kind zurzeit körperliche Beschwerden oder Krankheiten (akut oder chronisch)? Wenn ja, welche?

---

---

Haben Sie ihr Kind diesbezüglich untersuchen lassen oder ist es in ärztlicher Behandlung?

---

---



## Spannungsfragebogen

Bitte zutreffendes ankreuzen!

	Häufig/stark	Selten/ manchmal	Nicht/niemals
1. Reizbarkeit	2	1	0
2. Nervosität	2	1	0
3. Einschlafschwierigkeiten	2	1	0
4. Durchschlafschwierigkeiten	2	1	0
5. Abgespanntheit	2	1	0
6. Muskelverspannungen	2	1	0
7. Kalte Hände/Füße	2	1	0
8. Innere Unruhe	2	1	0
9. Aufsteigende Hitze	2	1	0
10. Schweißausbrüche	2	1	0
11. Schwindelgefühle	2	1	0
12. Zittrigkeit	2	1	0
13. Kopfschmerzen	2	1	0
14. Migräne	2	1	0
15. Mattigkeit	2	1	0
16. Konzentrationsschwierigkeiten	2	1	0
17. Beklemmungsgefühle	2	1	0
18. schulische Sorgen	2	1	0
19. Private Sorgen/Konflikte	2	1	0
20. Angstzustände	2	1	0
21. Schwere Träume	2	1	0
22. Grundloses Weinen	2	1	0
23. Kloß / Würggefühl im Hals	2	1	0
24. Herzschmerzen	2	1	0
25. Herzsorgen, Herzstolpern	2	1	0
26. Kreislaufbeschwerden	2	1	0
27. Magenbeschwerden	2	1	0
28. Verdauungsbeschwerden	2	1	0
29. Atembeschwerden	2	1	0
30. Grübeln	2	1	0
<b>Summe:</b>			



Hat ihr Kind Erfahrung mit Psychotherapie?                    nein                     ja   
Wenn ja, mit welcher Therapieform?

---

Haben sie mit ihrem Kinderarzt über den bevorstehenden Kurs gesprochen?  
nein                     ja

---

Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihre Zeit.