**Vorgespräch** für den Breath works Kurs 

Name, Vorname: ……………………………………………………………………………………………...

Straße: ……………………………………………………………………………………………………………….

PLZ / Ort: ……………………………………………………………………………………………………………

Telefon / Handy:…………………………………………………………………………………………………

E-Mail:………………………………………………………………………………………………………………..

Alter: …………………………………………………………………………………………………………………

Wie hast du von dem Kurs erfahren?

………………………………………………………………………………………………………………………..

Welche Erwartungen hast du an diesen Kurs?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Welche Rolle spielt Schmerz/Stress in Deinem Leben.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hast du chronische oder akute Erkrankungen die relevant sind für den Kurs?

Diabetes O Bluthockdruck O Epilepsie O Chronische Schmerzen O

Andere …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Körperliche Einschränkung O

Wenn ja welche: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Bist du zurzeit in Ärztlicher/Therapeutischer Behandlung? O …………………………………………………………………………………………………………………………

Besteht zu Zeit eine Abhängigkeit? Medikamente/Alkohol/Drogen …………………………………………………………………..……………………………...........................

Hast du schon anderer Verfahren /Therapie/Schmerzklinik wegen deines Anliegens genutzt? O

Wenn ja Welche und wann ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Was dir noch wichtig ist. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum ………………………………………………..Unterschrift…………………………………………

Deine Daten werden alle vertraulich behandelt und nicht an dritte weiter gegeben.

 Ela Klesy 8sam 76829 Landau 01578 5786203