

Selbsteinschätzung



Vorname und Name : _____
Alter : _____
Familienstand : _____
Beruf : _____
Datum : _____

Fehlende Informationen bitte ergänzen bzw. unterstreichen!

- Allergien, Hauterkrankungen; wenn ja, welche: _____

- Lebensmittelunverträglichkeit; wenn ja, welche: _____

- Angst -und Panikattacken (Auto/Bahn/Bus/Flug, Zukunft, ärztliche Behandlungen etc.)

- Bluthochdruck
- Burn – out – Syndrom; welche Symptome: _____
- Chronische Erkrankungen und Schmerzzustände jeglicher Art
- depressive Verstimmungen (siehe auch Verhaltensweisen - Gedankenmuster)
- Erkrankungen der Atemwege; wenn ja, welche: _____
- Erkrankungen des Magen – Darmtraktes; wenn ja, welche:

- Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefizite

- Lernschwäche, Lernblockaden, Blockaden bei Prüfungen, Stottern, Präsentationen,
Wettkämpfe, Vorträge etc.
- Rheumatische Erkrankungen
- Ohnmachtsanfälle
- Phobien und Essstörungen
- Schilddrüsenfehlfunktion
- Schlafstörungen
- Schwindel, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen

- Trigeminus – Neuralgie
- Eifersucht
- Trauer, Verlustschmerz/angst, Trennungsschmerz
- Verzweiflung
- _____
- _____
- _____

Verhaltens – und Gedankenmuster, Glaubenssätze

- „das schaffe ich nie“
- „ich kann nicht mehr vertrauen“
- „ich bin an allem schuld“
- „ich mache immer nur Fehler“
- „ich fühle mich wertlos“
- „ich kann keine Nähe zulassen“
- „ich muss perfekt sein“
- „ich muss immer die Kontrolle behalten“
- _____
- _____
- _____

Bitte formulieren Sie in kurzen, konkreten Stichpunkten, was Ihr Hauptanliegen in dem anstehenden Coaching ist!

Vielen Dank!