

Selbsteinschätzungsbogen
Kinder/Jugendliche
connecting link Coaching



Name, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____
Schule/Klasse : _____
Name der Eltern : _____
Geschwister : _____

Grund/Thema des Termins und wie äußert es sich:

Seit wann besteht das Thema:

Welches Ziel/welche Ziele möchte/n erreicht werden:

Gibt es Faktoren, die das Problem verstärken oder lindern (z.B. Stress, Entspannung, bestimmte Ereignisse etc.):

Welche Personen haben Einfluss auf die Themen (Freunde, Lehrer, Eltern ...):

Bestehen aktuell gesundheitliche, emotionale Probleme (Dyskalkulie, LRS, Dyslalie, Stottern, ADHS etc.)

ja nein Wenn ja, welche:

Medikamenteneinnahme

ja nein Wenn ja, welche?

Wurde schon eine Psychotherapie/externe Hilfe in Anspruch genommen

ja nein Wenn ja, weshalb?

Weitere Therapien

ja nein Wenn ja, welche?

Bestehen ähnliche Problematiken in der Familie

ja nein Wenn ja, welche und bei wem?

Allergien, Hauterkrankungen, Unverträglichkeiten etc. Wenn ja, welche:

Angst- und Panikattacken:

- Blackouts bei mündlichen/schriftlichen Prüfungen; Prüfungsangst:
- chronische Erkrankungen:
- Erkrankungen der Atemwege; Wenn ja, welche:
- Erkrankungen des Magen – Darmtraktes (Übelkeit, Erbrechen etc.) Wenn ja, welche:
- Essstörung Wenn ja, welcher Art:
- Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefizite:
- Lernschwäche, Lernblockaden, Stottern, Präsentationen, Wettkämpfe, Vorträge etc.:
- Phobien Wenn ja, welche:
- Schlafstörungen Wie äußern sie sich:
- Schul- und Lernunlust; Schulschwänzer; Sitzenbleiber:
- Schwindel, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Ohnmachtsanfälle, Migräne:
- Selbstverletzendes Verhalten:
- Stimmungsschwankungen (depressive Verstimmungen – siehe auch Verhaltensmuster):
- Sonstiges:

Verhaltens- und Gedankenmuster/Glaubenssätze (folgende Glaubenssätze sind Beispiele. Ich bitte Sie, eigene Glaubenssätze zu formulieren)

- das schaffe ich nie
- ich kann keine Nähe zulassen
- ich muss perfekt sein
- Aggressivität, Wut, Impulsivität verbal körperlich
- Eifersucht
- Trauer, Verlust, Trennung
- Versagensangst
- Verzweiflung
- Haben Sie diese Methode schon einmal in Anspruch genommen? ja nein

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank!