

**Praxis für Achtsamkeit, Entspannung,  
Meditation und Stressbewältigung  
Dipl. Soz. Päd. Angelika Wild-Regel**

**Clemens-August-Straße 17, 53115 Bonn  
Sabergstraße 48, 56729 Langenfeld/Eifel**

**Tel.: 0228/9 08 68 60  
eMail: mbsrbonn@t-online.de**



---

Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,

zusätzlich zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten, um mich besser auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse einstellen zu können.

Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie diese Fragen einfach offen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf/ \_\_\_\_\_

berufstätig als

nicht berufstätig

Von wem haben Sie die Information über diesen Kurs erhalten?

\_\_\_\_\_

Welches sind die Hauptanliegen, diesen Kurs zu besuchen?

\_\_\_\_\_

Welche Rolle spielt Stress in Ihrem Leben?

\_\_\_\_\_

Haben Sie chronische oder akute Krankheiten?

\_\_\_\_\_

Ist Ihre körperliche Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?

\_\_\_\_\_

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein

Behandelnder Arzt/Ärztin bzw. Psychologin

\_\_\_\_\_

Falls Ihnen der Kurs von Ihrer Ärztin/Arzt empfohlen worden ist, sind Sie damit einverstanden, dass ich gegebenenfalls Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin nehmen kann?

Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn Ja, welche:

\_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Erfahrung mit Psychotherapie? Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche Psychotherapieform?

---

Sind Sie zur Zeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja  Nein

Name des Therapeuten/der Therapeutin:

---

Bitte besprechen Sie mit Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin, dass Sie an diesem Kurs teilnehmen möchten.

Falls Ihnen der Kurs von Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin empfohlen worden ist, sind Sie damit einverstanden, dass ich gegebenenfalls Rücksprache mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten nehmen kann? Ja  Nein

Leiden Sie unter Abhängigkeit von

Alkohol	nein <input type="checkbox"/>	ja, jetzt <input type="checkbox"/>	früher <input type="checkbox"/>
Drogen	nein <input type="checkbox"/>	ja, jetzt <input type="checkbox"/>	früher <input type="checkbox"/>
Zigaretten	nein <input type="checkbox"/>	ja, jetzt <input type="checkbox"/>	früher <input type="checkbox"/>

Haben Sie Vorerfahrungen in Meditation? Ja  Nein

Wenn ja, welche Form der Meditation haben Sie praktiziert?

---

Haben Sie Vorerfahrungen in Körperarbeit, wie z.B. Yoga, Feldenkreis? Ja  Nein

---

Raum für eigene Anmerkungen

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Falls Sie noch Fragen bzgl. des Kurses haben, bitte rufen Sie mich an.**