

## Fragebogen zum Achtsamkeitskurs:

### „Mit Achtsamkeit und Resilienz den Stress bewältigen“

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und senden Sie das Formular per E-Mail zeitnah an mich zurück. Es werden hier für mich wichtige Informationen erhoben, die unser Vorgespräch ergänzen. Die Fragen zur Gesundheit sind aus rechtlichen Gründen unabdingbar für mich, um Ihre psychische Gesundheit bestätigt zu bekommen und bei körperlichen Einschränkungen auf mögliche Zwischenfälle vorbereitet zu sein.

### Schweigepflicht und Vertraulichkeit

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und versichere Ihnen, dass ich Ihre Angaben absolut vertraulich behandle. Ich nutze die Informationen ausschließlich im Rahmen Ihres Kurses und lösche sie nach dessen Abschluss. Sollte keine Zusammenarbeit zustande kommen, werden diese Datei und alle damit zusammenhängenden persönlichen Informationen zeitnah von mir gelöscht.

---

**Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefon/Mobil:** \_\_\_\_\_

**Telefon/FN:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Berufliche/ ausübende Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

---

### 1. Haben Sie schon Erfahrungen mit Meditation, Bewusstseinsarbeit, Entspannung und Körperarbeit?

(z. B. Meditation, Qi Gong, Tai Chi, Yoga, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, etc.)

- ☐ Nein
  - ☐ Ja, welche und wie häufig üben Sie diese aus?
- 

- ☐ täglich
- ☐ 1-2x/ Woche
- ☐ zurzeit nicht

## 2. Was ist Ihre Motivation, an diesem Kurs teilzunehmen?

---

---

## 3. Befinden Sie sich aktuell in einer entspannten oder belasteten Situation?

Was haben Sie bereits unternommen, um die belastende Situation zu verbessern?

---

---

## 4. Was möchten Sie in diesem Kurs lernen?

---

---

## 5. Haben Sie den Willen und sind Sie in der Lage, an 6 Tagen in der Woche die Übungspraxis für 30–60 Minuten im Alltag umzusetzen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, was können Sie tun, um Ihren Willen zu stärken?

---

---

## 6. Wie groß ist Ihre Bereitschaft, über sich selbst nachzudenken und Veränderungen in Ihrem Leben vorzunehmen?

Bitte machen Sie ein Kreuz:

**Gar nicht Eher nicht Teil/teils Eher stark Sehr stark**

☐      ☐      ☐      ☐      ☐

---

---

## 7. Zu welcher Tageszeit und an welchem Ort wird es für Sie möglich sein, Ihre täglichen Übungen zu praktizieren?

---

---

## 8. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder neurologischer Behandlung?

(z. B. wegen Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Diagnose: \_\_\_\_\_

### 8.1. Weiß Ihre *Therapeutin*, dass Sie an diesem Kurs teilnehmen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

### 8.2. Darf ich bei Bedarf mit Ihrem *Therapeutin* Kontakt aufnehmen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein  
Name und Kontakt (Therapeut\*in): \_\_\_\_\_

---

## 9. Haben Sie in der Vergangenheit eine traumatische Erfahrung gemacht, die Sie heute noch belastet?

(z. B. Unfall, Verlust eines geliebten Menschen, Missbrauch, schwere Krankheit)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, bitte erläutern Sie: \_\_\_\_\_

---

## 10. Leiden Sie aktuell an Symptomen wie starkem Stress, Schlaflosigkeit, Panikattacken oder anhaltender Traurigkeit, die Ihren Alltag stark beeinträchtigen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche Symptome treten auf? \_\_\_\_\_

---

## 11. Gibt es Situationen oder Themen, die Sie im Kurs vermeiden möchten oder die bei Ihnen starke emotionale Reaktionen auslösen könnten?

(z. B. bestimmte Meditationen, Körperwahrnehmungsübungen, Gruppenarbeit)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, bitte beschreiben Sie: \_\_\_\_\_

---

## 12. Leiden Sie an einer Suchterkrankung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welcher Art: \_\_\_\_\_

---

## 13. Sind Sie in Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Diagnose: \_\_\_\_\_

---

## 14. Haben Sie sonstige körperliche Einschränkungen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## 15. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ☐ Nein
- ☐ Herz-Kreislaufmedikamente
- ☐ Schlafmittel
- ☐ Beruhigungsmittel
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Andere: \_\_\_\_\_

---

## 16. Auf welchem Weg haben Sie von mir erfahren?

- ☐ Internetsuche
- ☐ LinkedIn
- ☐ Instagram
- ☐ Facebook
- ☐ Empfehlung

- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 

## 17. Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?

---

---

Ich wurde von Martina Meitzler aufgeklärt, dass dieser Kurs keine medizinische oder ärztliche Behandlung ersetzt.

---

**Unterschrift Teilnehmer\*in:** \_\_\_\_\_

**Datum, Ort:** \_\_\_\_\_

---

## Wichtiger Hinweis zur Teilnahme:

Die Teilnahme an diesem Kurs erfordert eine grundlegende emotionale Stabilität. Sollten Sie an schweren psychischen Belastungen oder Traumafolgestörungen leiden, empfehle ich Ihnen, die Teilnahme vorher mit Ihrem Arzt oder Therapeuten zu besprechen. Der Kurs ersetzt keine psychotherapeutische oder medizinische Behandlung.