

Anmeldebogen Heilende Gemeinschaft / Blocktherapie

Pallotti Haus, Pallottinerstr. 2, 85354 Freising
Tel: 08161-9689-0, Email: freising@pallottiner.org



Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Beruf: _____ Alter: _____

Ich möchte teilnehmen an der **HEILENDEN GEMEINSCHAFT** vom _____ bis _____

Ich möchte teilnehmen an der **BLOCKTHERAPIE** vom _____ bis _____

Worin liegt Ihr derzeitiges Problem?

**In welcher stationären/ambulanten Therapie waren Sie bereits?
(Bitte auch Diagnose nennen!)**

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Nennen Sie Ihre aktuellen Symptome (körperlich, seelisch)

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Füllen Sie den Fragebogen bitte ehrlich aus. Verschwiegene Fakten erschweren unnötig die Therapie und können in gravierenden Fällen zur Entlassung führen.

Infos über die Heilende Gemeinschaft: www.pallottiner-freising.de

Name:

Kreuzen Sie bitte jene Symptome an, unter denen Sie derzeit leiden.
Symptome mit *brauchen eine weitere Erläuterung, die sie bitte unten darlegen.

Körperliche Beschwerden	Seelische Beschwerden	Geistliche Probleme
Verdauungsproblem	Schlafstörungen	Kann nicht beten
Kopfschmerzen	Zwänge*	Schuldgefühle*
Juckreiz	Ängste	kann nicht verzeihen
Appetitlosigkeit	Negatives Denken	strafender Gott
Hautprobleme	Selbstablehnung	Leistungsfrömmigkeit
Bluthochdruck	Selbstmordgedanken	Zorn auf Gott
Müdigkeit	höre Stimmen*	habe Skrupel
Schwitzen	fühle mich abgelehnt	Gott lehnt mich ab
Herzbeschwerden	kann nicht nein sagen	Gefühl, für andere zu leiden
Geräuschempfindlich	bin traurig	Glaubenszweifel
Energielos	Wut auf Eltern	
Rückenschmerzen	Partnerschaftsprobleme	
Schwerhörig	Rasch erregt	
Atemprobleme	Depressionen	
Schwindel	Missbrauch *	
Blasenschwäche	Unentschlossen	
Burnout	PTBS*	
	Panikattacken	

Erläuterungen zu*: