

Anmeldebogen Heilende Gemeinschaft / Blocktherapie

Pallotti Haus, Pallottinerstr. 2, 85354 Freising
Tel: 08161-9689-0, Telefax: 08161-9689-820, 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	
<input type="checkbox"/>	Verdauungsproblem	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Kann nicht beten
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Zwänge*	<input type="checkbox"/>	Schuldgefühle*
<input type="checkbox"/>	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Ängste	<input type="checkbox"/>	kann nicht verzeihen
<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Negatives Denken	<input type="checkbox"/>	strafender Gott
<input type="checkbox"/>	Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	Selbstablehnung	<input type="checkbox"/>	Leistungsfrömmigkeit
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	Zorn auf Gott
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	höre Stimmen*	<input type="checkbox"/>	habe Skrupel
<input type="checkbox"/>	Schwitzen	<input type="checkbox"/>	fühle mich abgelehnt	<input type="checkbox"/>	Gott lehnt mich ab
<input type="checkbox"/>	Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	kann nicht nein sagen	<input type="checkbox"/>	Gefühl, für andere zu leiden
<input type="checkbox"/>	Geräuschempfindlich	<input type="checkbox"/>	bin traurig	<input type="checkbox"/>	Glaubenszweifel
<input type="checkbox"/>	Energieelos	<input type="checkbox"/>	Wut auf Eltern	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Partnerschaftsprobleme	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Schwerhörig	<input type="checkbox"/>	Rasch erregt	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Atemprobleme	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	Missbrauch *	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	Unentschlossen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Burnout	<input type="checkbox"/>	PTBS*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Panikattacken	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Erläuterungen zu*: