

Fragebogen

Praxis für lösungsfokussierte systemische Prozessberatung



**Praxis für lösungsfokussierte systemische Prozessberatung
Silke Baumann**

Am Lässigherd 2, 09526 Heidersdorf

Telefon +49 1525 4217453

www.silkebaumann.de

Name:

Firma:

Straße:

PLZ/Stadt:

Geburtsdatum:

Bundesland:

E-Mail:

Webseite:

Mobilnr:

Erzähle mir ein wenig von Dir.

Bitte schreibe drei Deiner schönsten Erfolge der letzten drei Jahre auf.

**Bitte beschreibe Dein Leben, wie es jetzt gerade läuft und was Du machst
(beruflich und privat).**

**Was machst Du derzeit, um Dein Leben nach Deinen Wünschen und Bedürfnissen
bewusst zu gestalten?**

Wie wichtig sind die folgenden Themen für Dich in Deinem Leben?
Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = unwichtig; 10 = extrem wichtig):

| | Skala 1-10 (1 = unwichtig; 10 = extrem wichtig): |
|---|--|
| Gelassenheit und innere Ruhe | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Sicher Entscheidungen treffen | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Selbstbewusstsein stärken | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Sicher Umgang mit schwierigen Situationen | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Eigene Träume verwirklichen | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Potentiale entfalten | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Überforderung überwinden | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leichtigkeit und Lebensfreude | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Beziehungen verbessern | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |

**Was sind Deine größten Ängste, Blockaden oder Herausforderungen,
die Du gern überwinden möchtest?
Wann genau treten diese Ängste, Blockaden, Herausforderungen auf (immer wieder)?
Welche Umstände spielen da eine Rolle? Gibt es einen Auslöser?**

Bitte führe das Dringendste als Nummer 1 auf.

| | |
|----------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

**Was hast Du bereits ausprobiert (welche Angebote, Kurse, Selbsthilfecoachings, Therapien zum
Beispiel) hast Du bereits genutzt, um Deine Hürden zu überwinden?
Was hat funktioniert, was nicht?**

Wenn alles möglich wäre, wie würde Dein Leben in einem Jahr aussehen?

Wie sähe das ganz konkret in den folgenden Lebensbereichen aus:

| | <p>Wo möchtest Du in den einzelnen Lebensbereichen in 3 Jahren stehen? Skala 1-10 (1 = unwichtig; 10 = extrem wichtig):</p> | <p>Welche Ziele hast Du in diesen Bereich für Dein Leben und für Dich selbst?</p> |
|--|---|---|
| <p>Soziales Umfeld:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Partnerschaft:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Familie:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Körper/ Gesundheit:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Wohlfühlen/ Entspannung/ Genuss:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Beruf:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Persönliche Entwicklung:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |
| <p>Finanzen:</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> | |

Bist Du gewillt und bereit, in Dich selbst und in Dein Leben zu investieren?

Ja Nein

Wenn Nein, warum nicht?

**Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = unwichtig; 10 = extrem wichtig):
Wie wichtig ist es dir, dass Du Deine Ziele erreichst?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie kann ich Dich am besten unterstützen Deine Ziele zu erreichen?

Welchen Unterschied würde das in Deinem Leben machen?

Was wäre dann anders? Was würde sich in Deinem Leben verändern? Wo und wie würdest Du leben? Wie würdest Du Dich fühlen? Von welchen Menschen würdest Du umgeben sein?

Vielen Dank für diese Informationen, die mir einzuschätzen helfen, was Du machst, um Dein Leben zu verbessern. **Bitte schicke mir Deine Kopie bis spätestens 4 Tage vor Deinen ersten Termin mit mir an post@silkebaumann.de unter Betreff: Fragebogen, Name Vorname**

Ich lese es persönlich durch und freue mich schon darauf, mit Dir persönlich zu sprechen.