

ERSTBERATUNG am _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Soziales Umfeld:

lebt allein lebt mit ____ Personen in einem Haushalt

Regelmäßige soziale Kontakte? Ja Nein Häufigkeit: _____

Notizen zum Alltag (Aufstehzeit, Zubettgehzeit, Essverhalten, körperliche Aktivität, regelmäßige Verpflichtungen)

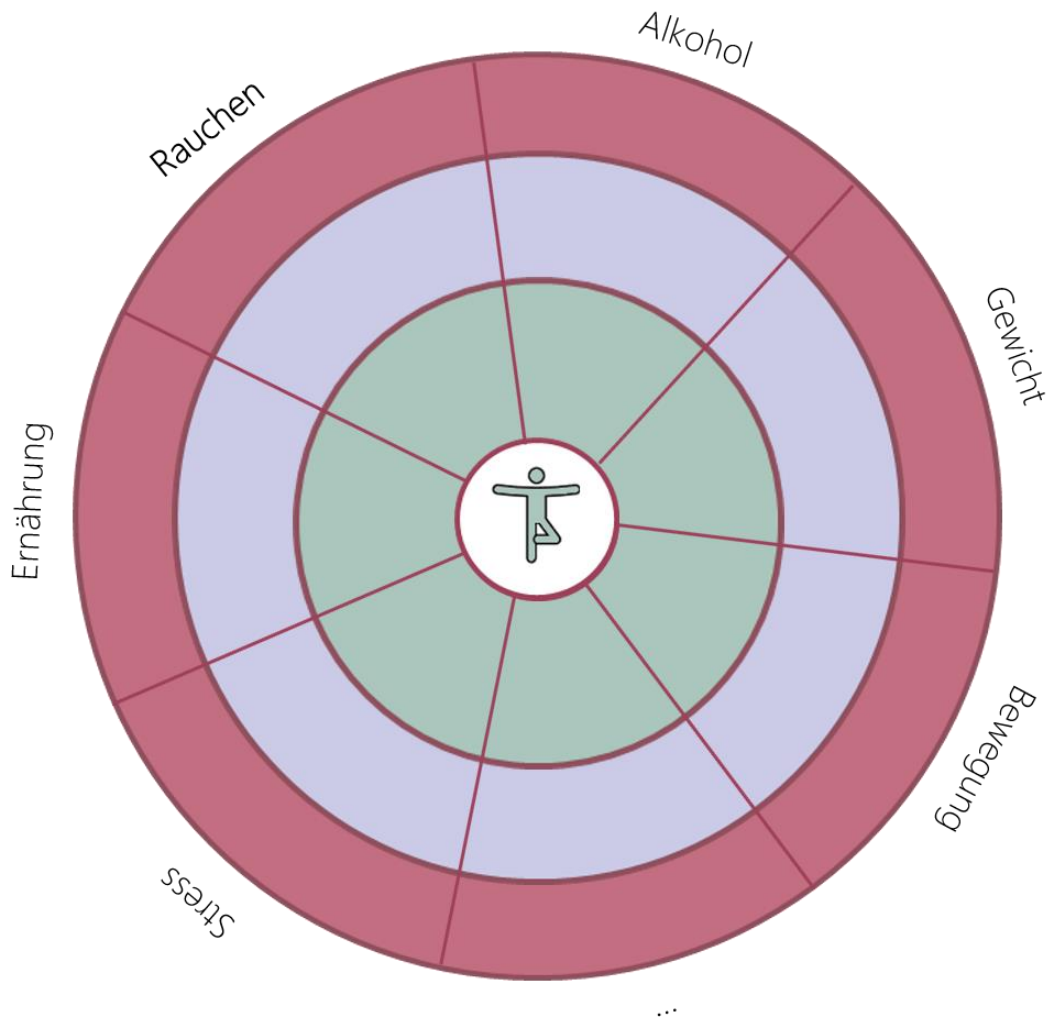
Gestaltung Ihrer Freizeit? Regelmäßige Termine?

Einschätzung Ihres persönlichen Gesundheitszustands?

(sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

Notizen zur Krankheitsgeschichte oder regelmäßige Beschwerden? Falls ja, welche?

EINFLUSS AUF MEINE GESUNDHEIT



Würden Sie gerne mehr für Ihre Gesundheit tun?

Ja Nein, ich bin zufrieden

Falls ja: In welchem Bereich möchten Sie mehr für Ihre Gesundheit tun? Haben Sie Ideen?

MEIN GESUNDHEITSZIEL

Ich möchte folgendes Ziel erreichen: _____

S pezifisch	Was genau möchte ich erreichen?	
M essbar	Ist mein Ziel messbar? In welcher Größe oder Einheit wird gemessen?	
A ktionsorientiert	Was muss ich dafür tun?	
R ealistisch	Ist das für mich machbar? Kann ich das schaffen?	
T erminiert	Bis wann möchte ich das Ziel erreichen?	

Wie zuversichtlich bin, dass ich mein Ziel erreiche?

(gar nicht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (total)

Wie bereit bin ich?

(gar nicht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (total)

Ich werde versuchen mein Gesundheitsziel, das ich mit meinem Gesundheitslotsen
_____ getroffen habe, bestmöglich zu erreichen.

Am _____ um _____ Uhr haben wir einen Folgetermin vereinbart, um gemeinsam den Erfolg meiner Maßnahmen zu besprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben im Rahmen des Beratungsgesprächs.

Datum, Unterschrift Mitglied