

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)

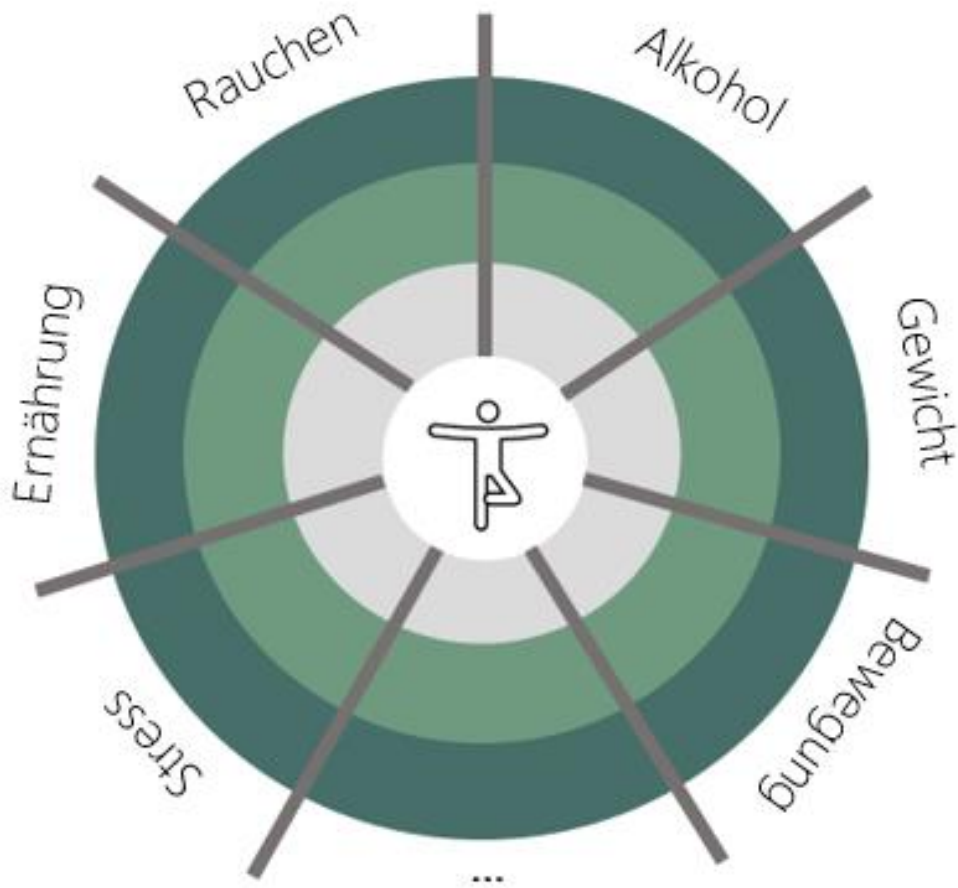
Gestaltung Ihrer Freizeit? Regelmäßige Termine?

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 ich, 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