

Empfinden Sie Ihre ausgeübte Beschäftigung eher belastend? ja nein

Welche Besonderheiten sind in Bezug auf Ihre Beschäftigung zu beachten:

Was belastet Sie in Ihrem Leben besonders?

Arbeitslosigkeit Ehe/Partnerschaft Familienkonflikte Tod eines Angehörigen
Erkrankung eines Familienmitgliedes Allein erziehend

Sonstiges: _____

Schildern Sie bitte Ihre gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer die Maßnahme beantragt wird.

Körperliche Beschwerden/Beeinträchtigungen: _____

Befindlichkeitsstörungen: _____

Welche Probleme ergeben sich für Sie aus den genannten Beschwerden? _____

Welche medizinischen Behandlungen wurden aufgrund der Beschwerden in den letzten 12 Monaten durchgeführt? _____

Konnten Sie in den letzten 12 Monaten eine psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen?

Beratungsstelle: _____

Psychotherapie ja nein; Selbsthilfegruppe ja nein

Datum _____ Unterschrift der Antragstellerin _____
