

NAME *

STRASSE

PLZ, ORT

EMAIL *

TELEFON

HANDY *

* Pflichtangaben

DIAGNOSEN:

DEPRESSION:

BURNOUT:

WEITERE:

freiwillige Angaben

BIST DU IN BEHANDLUNG AUFGRUND DER GENANNTEN DIAGNOSEN?
WENN JA, WO ÜBERALL? (ARZT, THERAPEUT, PSYCHIATER)

WIE LANGE LEIDEST DU BEREITS AN DEN GENANNTEN DIAGNOSEN?

NIMMST DU AKTUELL DAUERHAFT MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE?

WAS ERWARTEST DU VON EINER SELBSTHILFEGRUPPE, WAS IST DEIN
ZIEL?

ICH MÖCHTE VERBINDLICH AN DER SELBSTHILFEGRUPPE TEILNEHMEN

DATUM:

UNTERSCHRIFT
