

Name: \_\_\_\_\_

## Checkliste „Mutter“

Datum: \_\_\_\_\_

Zeit	Einflüsse der Mutter / Mutter-Übernahmen	Wirksamkeit
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77-84	Wann lebte ich mit meiner Mutter zusammen?	Wichtig HEUTE: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
<b>Wichtige Übernahmen in den Überzeugungen:</b>		
<b>Wichtige Übernahmen im Lebensgefühl:</b>		
<b>Wichtige Übernahmen in den Handlungsfähigkeiten:</b>		
<b>Was schätze ich besonders an meiner Mutter? Für was bin ich meiner Mutter besonders dankbar?</b>		
<b>Was kann ich gar nicht an meiner Mutter leiden? Welche Erfahrungen mit meiner Mutter lehne ich ab?</b>		