

Name: _____

Checkliste „Vater“

Datum: _____

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