

Name: _____

Checkliste „Sonstige Einflüsse“

Datum: _____

Zeit	Sonstige Einflüsse (Krankheiten, Unfälle, besondere Lebenslagen)	Wirksamkeit
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77-84	Wann passierten außergewöhnliche Ereignisse / zeigten sich Krankheiten?	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 Handlungsgewohnheiten: 		
Was schätze ich besonders an meinem Leben? Für was bin ich in meinem Leben besonders dankbar? 		
Was kann ich gar nicht an meinem Leben leiden? Welche Erfahrungen in meinem Leben lehne ich ab? 		