

Name: _____

Liste Schlüsselereignisse / belastende Erfahrungen

Datum: _____

Krankheit / Medikament / Nebenwirkung / Eingriff:

Alter	Beruf / Körpererfahrungen	Beziehungen / Familie	Persönliches / Spirituelles
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Name: _____

Liste Schlüsselereignisse / belastende Erfahrungen

Datum: _____

Krankheit / Medikament / Nebenwirkung / Eingriff:

Alter	Beruf / Körpererfahrungen	Beziehungen / Familie	Persönliches / Spirituelles
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

Name: _____

Liste Schlüsselereignisse / belastende Erfahrungen

Datum: _____

Krankheit / Medikament / Nebenwirkung / Eingriff:

Alter	Beruf / Körpererfahrungen	Beziehungen / Familie	Persönliches / Spirituelles
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

Name: _____

Liste Schlüsselereignisse / belastende Erfahrungen

Datum: _____

Krankheit / Medikament / Nebenwirkung / Eingriff:

Alter	Beruf / Körpererfahrungen	Beziehungen / Familie	Persönliches / Spirituelles
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			

Name: _____

Liste Schlüsselereignisse / belastende Erfahrungen

Datum: _____

Krankheit / Medikament / Nebenwirkung / Eingriff:

Alter	Beruf / Körpererfahrungen	Beziehungen / Familie	Persönliches / Spirituelles
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			