



1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Familienstand:

2. Gesundheit

Körperliche Erkrankungen / Beschwerden

Psychische Beschwerden / frühere Diagnosen

Medikamente (Name / Dosierung)

Neurologische Besonderheiten

3. Neurodivergenz & Hochsensibilität

Haben Sie eine offizielle Diagnose (AD(H)S, Autismus-Spektrum, etc.)? Wenn ja: Welche?

Vermutete neurodivergente Anteile ohne Diagnose?

Wie äußert sich Ihre Hochsensibilität im Alltag?

Welche Situationen überfordern Ihr Nervensystem besonders schnell?

Wie gut können Sie Reize filtern (Geräusche, Licht, Berührung)?

Welche Strategien nutzen Sie aktuell zur Selbstregulation?

Gab es früher Auffälligkeiten in Schule, Sozialverhalten oder Konzentration?

Wie erleben Sie soziale Interaktionen (Gruppen, Nähe-Distanz, Blickkontakt)?

4. Lebenskontext

Aktuelle Lebenssituation



Berufsleben



Interessen / Hobbys



Unterstützende Menschen



5. Stress & Erschöpfung

Wie schnell fühlen Sie sich erschöpft?

Was führt bei Ihnen zu Überforderung?

Wie erholt sich Ihr Körper nach Belastung?

Welche Warnsignale bemerken Sie bei Überlastung?

6. Anliegen & Belastende Erfahrungen

Ihr Hauptanliegen

Ihre gewünschten Veränderungen

Belastende Ereignisse in Ihrem Leben

Wie zeigen sich starke Gefühle bei Ihnen?

Welche Situationen oder Reize lösen Stress aus?

Was hilft Ihnen in schwierigen Momenten?