



Dammstrasse 21 / 4500 Solothurn

**Anmeldung für ein Aufbauprogramm zur Traumastabilisierung
für 12 Einheiten à 1 Stunde
beim Verein Zaffe (www.zaffe.ch)**

Klient/Klientin

weiblich

männlich

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Herkunft/Sprache:

Deutschkenntnis:

Englischkenntnis:

Aufenthaltsbewilligung:

Wohnadresse:

Handynummer:

Zuweisende Stelle

Institution:

Name und Vorname:

Nummer mit guter Erreichbarkeit:

Datum:

***Wir bitten Sie die Anmeldung und den ausgefüllten Fragebogen aus
Datenschutzgründen uns per Post zu senden.***

Adresse: Zaffe, Dammstrasse 21 / 4500 Solothurn

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Fragebogen

Bitte durch Fachperson ankreuzen, der Fragebogen vermittelt uns ein erstes Bild.

Falls die Äusserungen ausgeprägt sind, kurz beschreiben.

<input checked="" type="checkbox"/>	Äusserungen	Beschreibung
<input type="checkbox"/>	Körperliche Leiden oder Schmerzen	
<input type="checkbox"/>	Anspannung und Stress	
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit oder Alpträume	
<input type="checkbox"/>	Zurückgezogenheit, Einsamkeit	
<input type="checkbox"/>	Wut oder aggressives Verhalten	
<input type="checkbox"/>	Angst	
<input type="checkbox"/>	Trauer, Unglücklichsein	
<input type="checkbox"/>	Gleichgültigkeit, innere Betäubtheit	
<input type="checkbox"/>	Frustration	
<input type="checkbox"/>	Misstrauen	
<input type="checkbox"/>	Erinnerungen an schwierige Ereignisse	
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwierigkeiten	

Gibt es etwas, was Sie uns mitteilen wollen?