

Therapiebilanz

Name:

Datum:

Welche Probleme/Beschwerden hatten Sie zu Beginn der Therapie?

Wie fühlen Sie sich jetzt, am Ende Ihrer Therapie, im Vergleich zu deren Anfang, bezogen auf die Probleme, deretwegen Sie sich in Therapie begeben haben?

(-2)-----(-1)------(0)------(1)------(2)
deutlich etwas unverändert etwas deutlich
schlechter schlechter besser besser

Hat Ihnen die Therapie bei der Bewältigung Ihrer Probleme weitergeholfen?

(-2)-----(-1)------(0)------(1)------(2)
gar nicht weniger unverändert ja, etwas ja, sehr

Was hat sich durch die Therapie an Ihren Problemen/Beschwerden geändert?

Was haben Sie in der Therapie gelernt?

Was hat Ihnen in der Therapie am meisten geholfen?

Hat Sie in der Therapie etwas gestört? Haben Sie etwas vermisst?