**Frågeformulär**

**Namn:**

**Adress:**

**Telefon:**

**Email:**

**Frågor:**

1. Har du haft kontakt med den etablerade vården för din problematik?
2. Finns det någon form av sjukdom eller medicinering jag bör känna till?
3. Har du tidigare varit i terapi för denna problematik? Om så är fallet beskriv resultat:
4. Beskriv den problematik du vill att vi ska arbeta med:
5. Hur hade ditt liv sett ut utan denna problematik, beskriv så detaljerat du kan.
6. Hur skulle du beskriva din barndom, sett med emotionella ögon? Närhet, trygghet och bekräftelse mellan dig och dina föräldrar?
7. Tycker du själv att du har gemensamma drag från dina föräldrar, vilka?
8. Finns det någon/några speciella händelser som påverkat dig, exempelvis någon form av trauma eller annat?
9. Om du tittar i backspegeln och tillåter dig för en stund att vara självkritisk, finns det något som du själv kunde gjort för din hälsa om du ser tillbaka på din livsväg fram till idag?
10. Vad önskar du att resultatet av vårt samarbete skall resultera i, utveckla så mycket du kan?
11. Ange om du vill tillägga något ytterligare.

 **GDPR.** Ja:\_\_\_\_

Markera med kryss. Läs mer information om GDPR i texten på sidan [www.karolinabodestig.com](http://www.karolinabodestig.com) under Formulär & GDPR