



Selbsthilfegruppe für Menschen mit Angst und Panik

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Selbsthilfegruppe Sprungbrett.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Straße _____ PLZ / Wohnort _____

Email _____ Telefon _____

1. KOSTEN

Die Teilnahmegebühr beträgt jährlich € 60.- und ist auf das Konto der Selbsthilfegruppe zu überweisen. Die Bezahlung hat halbjährlich (je € 30.-) oder jährlich im Voraus zu erfolgen. Neue Mitglieder müssen den Beitrag spätestens ab dem 3. Gruppenbesuch überweisen.

„SHG-Sprungbrett“

IBAN: DE49 6035 0130 1000 9734 04

BIC: BBRDE6BXXX KSK Böblingen

2. GRUPPENREGELN

1. Die Gruppe ist für Menschen geeignet, deren primäres Problem eine Panik- oder Angststörung ist.
2. Verpflichtung zur Verschwiegenheit: Alles was innerhalb der Gruppe besprochen wird, bleibt unter den Mitgliedern der Gruppe. Ein Verstoß kann zum Ausschluss aus der Gruppe führen und rechtlich verfolgt werden. Persönliche Daten von Gruppenmitgliedern (Telefonnummern, Adresslisten) sind streng vertraulich zu behandeln und nach dem Ausscheiden aus der Gruppe unverzüglich zu vernichten.
3. Die Teilnahme an der Gruppe erfolgt auf eigene Gefahr. Die Leiter der Gruppe arbeiten ehrenamtlich. Jegliche Haftungsansprüche sind ausgeschlossen.
4. Wir treffen uns jeden Freitag 18:00 im „Treff am See“ in Böblingen. Ein Moderator leitet den Abend.
5. Habe den Mut, offen über Deine Ängste und Gefühle zu reden. Damit ermutigst du auch andere zu Offenheit. Vermeide belanglose Berichte, die nichts mit Deinen Gefühlen zu tun haben.
6. Jeder entscheidet wieviel und was er/sie berichten möchte, zumindest jedoch, wie er sich gerade fühlt und wie die Woche verlaufen ist.

3. DATENSCHUTZ UND DATENVERWENDUNG

Für statistische Zwecke werden Geschlecht und Geburtsjahr erfasst und anonymisiert an die Hausverwaltung und die Krankenkassen weitergeleitet. Die Vorgaben der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden eingehalten. Die Selbsthilfegruppe organisiert sich mittels einer Telefonliste und einer Gruppe in der App „Signal“.

1. Ich bin mit der Aufnahme und Weitergabe meiner Daten einverstanden. (bitte markieren)
- a.) Telefon-/Adressliste unserer SHG: Ja Nein
- b.) meiner Mobilnummer über die Signal Gruppe unserer SHG: Ja Nein

2. Ich bin mit der Erhebung personenbezogener Daten einverstanden. Diese werden nur Gruppenintern verwendet. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ich habe alles gelesen und erkläre meine Zustimmung.

Ort, Datum

Unterschrift



Selbsthilfegruppe für Menschen mit Angst und Panik

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN

Haben Sie Schwierigkeiten sich zu entspannen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst bei Fahrten mit Auto, Bus, Zug, Schiff, Flugzeug ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Befürchten Sie, infolge von Angst zu sterben oder verrückt zu werden ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst zu Reisen oder weit entfernt von zuhause zu sein ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden/Atembeklemmungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geraten Sie rasch in starke Anspannung und/oder Panik ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zittern, Schwindel, Schweißausbrüchen, Herzklopfen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Werden Sie nervös, wenn Sie alleine gelassen werden ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Muskelverspannungen, z.B. Rücken-, Nacken-, Kopfschmerzen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie oft unter Übelkeit, Magen- oder Darmbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor Kritik und negativer Bewertung ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stehen Sie ungern im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich schlapp und kraftlos ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich bedrückt, traurig, niedergeschlagen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Konzentrationsstörungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Machen Sie sich oft Sorgen um Ihre Gesundheit und/oder die Zukunft ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Empfinden Sie den Alltag als sehr anstrengend ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mangelt es Ihnen an Selbstvertrauen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Denken Sie manchmal an Selbstmord ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>