

Wenn der Platz nicht reicht, bitte mit Zeilennummer Vermerk auf der Blattrückseite anfügen

1	Dauer des Konflikts / Problems	<input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre
2	Bisher unternommene Schritte	<input type="checkbox"/> Aussprache mit FreundInnen <input type="checkbox"/> Literatur <input type="checkbox"/> Meditation/Entspannung <input type="checkbox"/> Hilfe bei TherapeutInnen oder therap. Einrichtungen <input type="checkbox"/> andere professionelle BeraterInnen <input type="checkbox"/> sonstiges:
3	Wie sehr belastet Sie der Konflikt vor der Emo-Step Sitzung	(0 – 10) _____
4	Die wievielte Emo-Step Sitzung ist das für dieses Problem	<input type="checkbox"/> erste <input type="checkbox"/> _____
5	Die wievielte Emo-Step Sitzung ist das für Sie überhaupt	<input type="checkbox"/> erste <input type="checkbox"/> _____
6	Erinnert Sie dieser Konflikt an ähnliche Situationen aus Ihrem Leben	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> ein/ zwei <input type="checkbox"/> einige <input type="checkbox"/> viele
7	Wie viele Personen sind an der Situation maßgeblich beteiligt	
8	Wie sehr belastet Sie der Konflikt nach der Emo-Step Sitzung	(0 – 10) <input type="checkbox"/> _____
9	Wer der Prozess eine wahrnehmbare Hilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Nein
10	War der Prozess für Sie angenehm	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Nein
11	Welche Erkenntnisse/ Unterstützung haben Sie durch die Sitzung gewonnen	

1.1	Emo-Scout	
1.2	KlientIn	<input type="checkbox"/> anonym
1..3	Tag	
1.4	Wie lange ging der reine Emo-Step Prozess	
1.5	Späteres Feedback	
1.6	Konflikthalt, sonstiges	