

## Fragebogen zur Aus-/Weiterbildung Trauerbegleiter/in

Der ausgefüllte Fragebogen wird vertraulich behandelt. Bitte bestimmen Sie selbst, wie ausführlich Sie einzelne Fragen beantworten wollen.

Bitte senden Sie den Frage und Anmeldebogen an

Hospiz Oase e.V.  
Aus-Weiterbildung, zum Trauerbegleiter/in  
Reichenbergerstrasse 48, 10999 Berlin

Sie erhalten danach eine Zu-oder Absage für die Weiterbildung

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

1. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

\_\_\_\_\_

2. Wo sind Sie geboren?

\_\_\_\_\_

3. Was ist Ihr Familienstand?

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

\_\_\_\_\_

5. Welche Schule haben Sie besucht? (Abschluss)

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie studiert? (Abschluss)

\_\_\_\_\_

7. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht? (Abschluss)

---

8. Was ist Ihr erlernter Beruf?

---

9. Was ist Ihr gegenwärtig ausgeübter Beruf?

---

10. Haben sie Hobbys? Wenn ja, welche und wie viele (Zeitumfang pro Woche)

---

---

11. Warum möchten Sie an der Aus-/ Weiterbildung teilnehmen?

---

---

12. Haben Sie an anderen Aus-/ Weiterbildungen teilgenommen? Wenn ja, wann und wo?

---

---

13. Was war besonders wichtig für Sie bei der erlebten Trauer, Sterbebegleitung, bei Patienten?

---

---

14. Haben Sie Erfahrungen mit trauernden Personen gemacht?  
Wenn ja, welche und wann?

---

---

15. Welche Erfahrungen haben Sie in der Begleitung bzw. Begleitung Sterbender, Palliative Begleitung, Demenz Erkrankter bzw. Trauernder gemacht?

---

---

16. Haben Sie Bücher gelesen, die die Themen Verlust, Demenz, Palliative Care, Trauer und Tod behandeln? Wenn ja, welche und wann?

---

---

17. Haben oder hatten Sie eine religiöse oder spirituelle Ausrichtung? Wenn ja, welche, seit wann?

---

---

18. Was ist Ihr wichtigster Lebensinhalt?

---

---

19. Was erwarten Sie von der Weiterbildung zum Trauerbegleiter/in?  
Welche Themen sind Ihnen wichtig?

---

---

---

20. Leben Ihre Eltern, Partner, Kinder noch? Wenn ja wie alt? Wenn nein wann?

---

---

21. Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen oder bereits eine schwere Erkrankung?

---

---

22. Wie geht es Ihnen heute gesundheitlich? Was ist zu beachten?

---

23. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann, wo, weshalb?

---

---

24. Haben Sie oder Ihr Umfeld bereits Erfahrungen mit Suizid gemacht? Wenn ja, wer, wann und wie?

---

---

25. Was möchten Sie uns noch mitteilen?

---

---

26. Wann erlebten sie in ihrer Umgebung den letzten Trauerfall?

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_