STIFTUNG
KATASTROPHEN
NACHSORGE

Datum_____

Erstfragebogen

☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers Alter_____

Ereignis

☐ Ich war selbst in Gefahr ☐ Augenzeuge

☐ Ersthelfer ☐ Einsatzkraft

Haben Sie körperliche Verletzungen erlitten? ☐ leichte ☐ schwere

---

Welche seelischen Beeinträchtigungen traten seit dem Unfall auf?

☐ Schlafstörungen (Schlaf _____ Stunden / Nacht) ☐ Alpträume vom Unfall

Wann begannen belastende Bilder und Gefühle vom Unfall: ☐ sofort, ☐ nach _____ Tage

Nach wieviel Tagen wurden diese wieder besser? ☐ unvermindert, ☐ nach _____ Tagen

☐ Ängste ☐ Panikattacken ☐ Gefühl wie im Film ☐ Grübeln ☐ vermeide daran zu denken

Andere:

Können Sie sich an das gesamte Ereignis erinnern? ☐ Ja ☐ Nein
gibt es Erinnerungslücken? ☐ Ja, für ca. ……. min.

Haben Sie nach dem Ereignis Unterstützung gebraucht? Wenn ja, welche?

Haben Sie Unterstützung erhalten? Welche?

Was hat Ihnen geholfen?

Was erlebten Sie nach dem Ereignis als erschwerend, als zusätzlich belastend?

Datenschutz: Die Daten werden anonymisiert erhoben und ausgewertet und werden keiner einzelnen Person zugeordnet.