

Therapeut/in _____

Name _____ Vorname _____ Datum _____

Lifeline

Positive Erlebnisse – Anzahl _____ im Alter von _____

verankern

OK? Ja Nein

Negative Erlebnisse - Anzahl _____ -im Alter von _____

Bewertungen _____

_____ **Durchgang**

ausgewählt _____

Dimensional: Körperliche Empfindung _____

Emotion _____

Gesamtbelastung _____

Negative Selbstaffirmation in der Szene _____

Positive Selbstaffirmation als Alternative _____

Anzahl bilaterale Stimulationen _____ Dauer Entschleunigtes Atmen _____

Dimensional: Körperliche Empfindung _____

Emotion _____

Gesamtbelastung _____

_____ **Durchgang**

Anzahl Bilaterale Stimulationen _____ Dauer Entschleunigtes Atmen _____

Dimensional: Körperliche Empfindung _____

Emotion _____

Gesamtbelastung _____

Anzahl Bilaterale Stimulationen _____ Dauer Entschleunigtes Atmen _____

_____ **Durchgang**

Anzahl Bilaterale Stimulationen _____ Dauer Entschleunigtes Atmen _____

Dimensional: Körperliche Empfindung _____

Emotion _____

Gesamtbelastung _____

Anzahl Bilaterale Stimulationen _____ Dauer Entschleunigtes Atmen _____