



ELIJAH HOUSE.AT

Connecting Hearts...
... Transforming Lives

Seebensteinerstr. 42
2823 Sautern-Pitten
Austria

+43 2627 47796

+43 650 2650243

info@elijahhouse.at

www.elijahhouse.at

Kurz-Fragebogen

Bitte drucken Sie den Fragebogen aus, füllen Sie alle aus, dann können Sie ihn fotografieren und an info@elijahhouse.at schicken, oder hochladen auf unserer Webseite: <https://elijahhouse.at/downloads/> oder schicken Sie ihn ausgefüllt per Post an: Elijah House Austria, Seebensteinerstrasse 42; 2823 Sautern-Pitten.

Allgemeine Angaben

Name: Geb.datum: Nationalität:

Straße/Haus:

PLZ: Stadt:

Telefon: E-Mail:

Familienstand:

☐ ledig ☐ verlobt ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ wiederverheiratet seit

Erlerner Beruf / Ausbildung:

Momentane berufliche Tätigkeit:

Ich habe von Elijah House erfahren durch:

Mir wurde von empfohlen, mich an Elijah House zu wenden.

Wie dringend möchten Sie Hilfe vom Elijah House?

☐ sehr viel ☐ viel ☐ durchschnittlich ☐ könnte ohne auskommen

Religiöse Zugehörigkeit:

Ich bin Christ: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wann:

Gemeinde/Kirche: Ort:

Keine Gemeinde/Kirche seit:

Teilnahme am Gottesdienst: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ selten

Aufgabenbereich(e) in der Gemeinde:

Sonstige geistliche Verantwortung:

Ich bin in einen Hauskreis eingebunden: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Teilnahme: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ selten

In welchen Bereichen möchten Sie Gebet empfangen?

a) In meiner Beziehung zu/im Umgang mit:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Gott | ☐ Vorgesetzten | ☐ Eltern | ☐ Schwiegereltern |
| ☐ Gemeinde | ☐ Kollegen | ☐ Kindern | ☐ Ehepartner |
| | | ☐ Geschwistern | |

b) In Bezug auf mich selbst:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ Ruhelosigkeit | ☐ Rückzug | ☐ Finanzen | ☐ Suchtverhalten |
| ☐ Minderwertigkeit | ☐ Trauer | ☐ Gesundheit | ☐ Albträume |
| ☐ Ablehnung | ☐ Depression | ☐ Abtreibung | ☐ sexuelle Identität |
| ☐ Jähzorn | ☐ Burnout | | |

c) Sonstige Hinweise in Bezug auf Ihr Anliegen:

.....

.....

d) Meine Vorgeschichte:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Emotionaler Missbrauch | ☐ Geistlicher Missbrauch | ☐ Sexueller Missbrauch |
| ☐ Selbstmordversuch | ☐ Suchtverhalten | ☐ Beschäftigung mit dem Okkulten |

Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung? ☐ ja ☐ nein

Derzeit nehme ich folgende verordnete Medikamente ein:

.....

.....

Haben Sie bezüglich Ihres Anliegens schon Hilfe in Anspruch genommen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei wem?

Vielen Dank für Ihre Angaben!