

Name des MIMIMierenden:

Datum des MIMIMI-Ereignisses:

Hast du geweint?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weine immer noch
Hast du die Zähne zusammengebissen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Zähne abgebrochen
Hast du einen Wutanfall bekommen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schreie immer noch
Was genau ist passiert?		
<input type="checkbox"/> jemand war gemein zu mir*	<input type="checkbox"/> ich darf nicht mitspielen*	<input type="checkbox"/> ich bin mit mir selbst unzufrieden
<input type="checkbox"/> meine Männlichkeit wurde gekränkt*	<input type="checkbox"/> jemand hatte bessere Argumente*	<input type="checkbox"/> ich habe Hunger
<input type="checkbox"/> ich habe schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/> ich brauche Aufmerksamkeit*	<input type="checkbox"/> sonstiges:
Wie stark ist das MIMIMI?		
<input type="checkbox"/> es tut ganz doll weh	<input type="checkbox"/> ich brauche ein Pflaster	<input type="checkbox"/> ich muss zum Arzt
*Bist du bereit deinem Angreifer zu vergeben?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> er/sie soll in der Hölle schmoren
Bist du bereit an einer Therapie teilzunehmen?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vielleicht