

Mit wem leben Sie derzeit zusammen? (bitte alle Personen sowie eventuelle Haustiere aufzählen)

.....
.....

Ihr Schulabschluss:

.....

Ihre Berufsausbildung:

.....

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

.....

Sind Sie mit der gegenwärtigen beruflichen Situation zufrieden?

.....

Wenn ja, warum?

.....

.....

Wenn nein, warum nicht?

.....

.....

Religionszugehörigkeit:

Während der Kindheit:

.....

Heute:

.....

Wobei genau kann ich Ihnen behilflich sein?

.....

.....

.....

.....

Welche Ziele haben Sie für die Behandlung?

.....
.....
.....

Schildern Sie kurz die Geschichte und Entwicklung Ihrer Probleme:

.....
.....
.....
.....

Wie häufig treten Ihre Beschwerden auf?

.....
.....

Gibt es Zeiten/Situationen, in denen Sie beschwerdefrei sind?

.....
.....

Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, wie sehr Sie Ihre Probleme belasten.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

gar nicht unerträglich

Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Symptome/Ihr Problem zu beheben?

.....
.....

Wer hat Sie hierher empfohlen?

.....

Nehmen Sie Medikamente? Welche, in welcher Dosierung?

.....

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag?

.....

Trinken Sie Alkohol? Wie viel?

.....

Sonstige Genuss-/Suchtmittel?

.....

Familie

Wie ging es Ihrer Mutter in der Schwangerschaft?

.....

.....

Wie war Ihre Geburt? Spontan, Kaiserschnitt, Länge, Verlauf?

.....

.....

Vater

Geburtsdatum: Beruf:

Gesundheit:

Falls verstorben, Ursache:

Wann? Wie alt waren Sie?

Mutter

Geburtsdatum: Beruf:

Gesundheit:

Falls verstorben, Ursache:

Wann? Wie alt waren Sie?

Wenn Ihre Eltern getrennt sind/wieder verheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?

.....

Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen? Ja Nein

Wenn nein, wer hat Sie in welchem Zeitraum erzogen und betreut?

.....

Haben Sie Geschwister?

Ja

Nein

Brüder? Wie viele? Alter?

Schwestern? Wie viele? Alter?

Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern? Früher und heute?

.....

.....

.....

Was ist Ihr Vater für ein Mensch?

.....

.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter.

.....

.....

Wer hat Sie getröstet als Kind?

.....

Wie ist die Einstellung Ihres Vaters Ihnen gegenüber?

.....

.....

Was denkt Ihre Mutter über Sie?

.....

.....

Wie war die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. in dem Haushalt, in dem Sie aufgewachsen sind?

.....

.....

Gab es gemeinsame Unternehmungen/Aktivitäten mit der Familie?

.....
.....

Konnten Sie Ihren Eltern/Erziehungspersonen vertrauen?

.....

Wie ist Ihr Verhältnis heute zu Ihrer Familie?

.....
.....

Gibt es Familienangehörige, die an einer schweren Krankheit, einer psychischen Störung, Sucht o.Ä. leiden?

.....
.....
.....

Welche Erlebnisse mit Ihrer Familie prägen Sie noch heute?

.....
.....
.....

Gibt es sonstige Besonderheiten aus der Familie, die wichtig sind?

.....
.....
.....

Führen Sie Name, Alter, Geschlecht Ihrer eigenen Kinder auf (auch Fehlgeburten, Abtreibungen, Totgeburten, verstorbene Kinder):

.....
.....

Hat eines Ihrer Kinder besondere Probleme?

.....
.....

Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

.....
.....

Gibt es wichtige Beziehungen zu Tieren?

.....

Entwicklung

Gesundheitszustand während Kindheit und Jugend (inklusive OPs, Krankheiten, Unfälle):

.....
.....
.....

Ihr Körpergröße: Ihr Gewicht:

Welche Aussagen treffen auf Ihre Kindheit zu? (bitte unterstreichen)

Alpträume, Bettnässen, Übergewicht, Untergewicht, Schulschwierigkeiten, Nägelkauen, Ängste, Stottern, motorische Auffälligkeiten, Daumenlutschen, Schlafwandeln, glückliche Kindheit, unglückliche Kindheit

Sonstige Auffälligkeiten:

.....
.....

Spiele, Interessen, Sport in Kindheit und Jugend:

.....
.....

Wie war die Schulzeit für Sie?

.....
.....

Stärken in der Schule:

.....

Schwächen in der Schule:

.....

Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen?

.....

Halten Ihre Freundschaften lange an?

.....

Sexuelle Entwicklung

Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zum Thema Sexualität?

.....

.....

Wurde über Sexualität gesprochen bei Ihnen zu Hause? Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

Wurden Sie aufgeklärt? Wenn ja, wie und von wem?

.....

.....

Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört?

.....

.....

Wie würden Sie Ihre ersten sexuellen Erfahrungen beschreiben? Alter beim ersten sexuellen Kontakt?

.....

.....

.....

Gibt es noch etwas Wichtiges zum Thema Sexualität?

.....
.....

Ehe, Partnerschaft

Name des Partners/der Partnerin:

Alter des Partners/der Partnerin:

Beruf/Beschäftigung:

Wie lange sind Sie als Paar zusammen?

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners:

.....
.....

Anmerkungen zum Thema Ehe/Partnerschaft:

.....
.....
.....

Falls Sie nicht in einer Partnerschaft leben, wie geht es Ihnen damit?

.....
.....

In welchen Bereichen besteht Ähnlichkeit mit Ihrem Partner?

.....
.....

Worin sind Sie eher gegensätzlich?

.....
.....

Sind Sie zufrieden/glücklich in Ihrer Partnerschaft?

.....

Was ist positiv an Ihrer Partnerschaft?

.....
.....

Was stört Sie? Sollte anders sein?

.....
.....

Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres Partners aus?

.....
.....

Wie würde Ihr Partner Sie beschreiben?

.....
.....

Beschreiben Sie kurz frühere Ehen/Partnerschaften:

.....
.....
.....

Selbstbeschreibung

Momentane Hobbys und Interessen:

.....
.....

Was gibt Ihnen Kraft?

.....
.....

Was sind Ihre Talente und Fähigkeiten?

.....
.....

Unfälle, Operationen, Traumata nach der Jugend bis jetzt:

.....
.....

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

.....

Wie oft machen Sie Urlaub? Wie gestalten Sie diesen?

.....
.....

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu anderen Menschen?

.....
.....

Gibt es unerfüllte Wünsche/Lebensträume? Welche?

.....
.....

Mit wem besprechen Sie persönliche Dinge?

.....
.....

Wie ist üblicherweise Ihre Grundstimmung? Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

glücklich, wertlos, nutzlos, verträumt, schuldig, offen, verschlossen, ein Niemand, neugierig, dumm, naiv, zuverlässig, böse, falsch, hoffnungsvoll, moralisch, Leben ist sinnlos, stark, schreckliche Gedanken, zuversichtlich, nicht gut genug, attraktiv, muss etwas leisten, um geliebt zu werden, freiheitsliebend, inkompetent, feindlich, ausdauernd, ängstlich, getrieben, beständig, voller Hass, lustig, misstrauisch, selbstunsicher, unattraktiv, hässlich, sympathisch, abstoßend, deprimiert, einsam, ungeliebt, aggressiv, tatkräftig, missverstanden, hoffnungslos, verwirrt, ruhelos, unbefangen, gelangweilt, ohne Zuversicht, hübsch, träge, gesellig, eifersüchtig, eifrig, unkonzentriert, anhänglich

anderes:

Was sind Ihre 5 größten Ängste?

1.
2.
3.
4.
5.

Dachten Sie schon einmal an Selbstmord? Wenn ja, wann und warum?

.....

.....

.....

Hat jemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis einen Selbstmordversuch unternommen?

.....

Verletzen Sie sich absichtlich selbst? Haben Sie sich früher selbst verletzt?

.....

.....

Markieren Sie auf einer Skala, wie sehr Sie sich mögen/nicht mögen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ich mag mich nicht

ich mag mich

Würden Sie sagen, dass Sie von irgendetwas abhängig sind (Fernsehen, Internet, Alkohol, Zucker, Nikotin, Spielen, Sex, Tabletten, Drogen, Arbeit ...)?

.....

.....

Gibt es noch Weiteres, was Sie beunruhigt und was Sie bisher nicht erwähnt haben?

.....

.....

.....

Was fehlt in diesem Fragebogen, was zum Verständnis Ihres Anliegens beitragen kann?

.....
.....
.....
.....

Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen, Migräne, Alpträume, Eifersucht, Schlafstörung, Verdauungsprobleme, geringes Selbstwertgefühl, Selbstabwertung, Magenstörung, innere Unruhe, schüchtern, sehr ehrgeizig, Perfektionismus, Essprobleme, Beziehungsprobleme, Kaufsucht, Zwänge, finanzielle Probleme, Konzentrationsschwierigkeiten, heimliche Außenbeziehung, chronische Schmerzen, sexuelle Schwierigkeiten, Ängste, depressive Stimmungen, Stimmungsschwankungen, zu gutmütig, kann mich nicht abgrenzen, Angst vor Konflikten, negatives Gedankenkarussell, Prämenstruelles Syndrom, einsam

Sonstiges:

.....

Therapie

Haben Sie bereits Therapieerfahrung?

Ja

Nein

Wenn ja, wie waren Ihre Erfahrungen?

.....
.....
.....

Wie würden Sie eine wünschenswerte Beziehung zu einem/r Therapeuten/in beschreiben?

.....
.....

Gibt es Ängste/Bedenken?

.....
.....
.....