

## Fragebogen zur Familientherapie

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen aus und senden Sie ihn per Briefpost rechtzeitig ab, so dass er vor dem Ersttermin bei mir ankommt.

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen (S. 1-3):		
Allgemeine Angaben / aktuelle Lebenssituation		
Familienmitglieder, die zusammen in einer Wohnung/einem Haus leben (Status, Rufname): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Weitere Familienmitglieder, die nicht mit in der Wohnung/im Haus leben (Status, Rufname): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater	Name:	Telefonnummer:
	Adresse:	E-Mail:
	Beruf:	Arbeitspensum: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Prozent):
	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam mit:	
	<input type="checkbox"/> geschieden/getrennt, seit:	<input type="checkbox"/> In Beziehung seit:
	<input type="checkbox"/> Zusammenlebend seit:	<input type="checkbox"/> Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft, seit:
	<input type="checkbox"/> Rufname des Partners/der Partnerin:	
<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:		
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater	Name:	Telefonnummer:
	Adresse:	E-Mail:
	Beruf:	Arbeitspensum: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Prozent):
	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam mit:	
	<input type="checkbox"/> geschieden/getrennt, seit:	<input type="checkbox"/> In Beziehung seit:
	<input type="checkbox"/> Zusammenlebend seit:	<input type="checkbox"/> Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft, seit:
	<input type="checkbox"/> Rufname des Partners/der Partnerin:	

	<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:	
<input type="checkbox"/> Kind 1	Name:	Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> hervorstechendste Charaktereigenschaft:	
	<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:	
	<input type="checkbox"/> zu Hause betreut <input type="checkbox"/> Tagesmutter/-vater <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium
<input type="checkbox"/> Kind 2	Name:	Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> hervorstechendste Charaktereigenschaft:	
	<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:	
	<input type="checkbox"/> zu Hause betreut <input type="checkbox"/> Tagesmutter/-vater <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium
<input type="checkbox"/> Kind 3	Name:	Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> hervorstechendste Charaktereigenschaft:	
	<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:	
	<input type="checkbox"/> zu Hause betreut <input type="checkbox"/> Tagesmutter/-vater <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium
<input type="checkbox"/> Kind 4	Name:	Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> hervorstechendste Charaktereigenschaft:	
	<input type="checkbox"/> Stark einschränkende Krankheiten:	
	<input type="checkbox"/> zu Hause betreut <input type="checkbox"/> Tagesmutter/-vater <input type="checkbox"/> weiterführende Schule <input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Ausbildung/Studium

## Aktuelle Problematik

Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, weswegen Sie zur Therapie kommen:

Wann traten diese Probleme erstmalig auf?

Wie sehr belasten diese Probleme das aktuelle Familienleben? (Bitte ankreuzen)

..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 .....  
leicht            anstrengend       schwer            sehr schwer       äußerst schwer    unerträglich  
beunruhigend

Was haben Sie bisher versucht, um diese Probleme zu lösen?

Wen haben Sie wegen Ihrer Probleme bis jetzt um Rat gefragt?

Haben Sie schon einmal eine Familientherapie gemacht?

nein     ja

Wenn ja, wann und wie lange:

Was wäre das Beste, was durch die Therapie geschehen könnte?

Was wäre das Schlimmste, was durch die Therapie geschehen könnte?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Von allen Familienmitgliedern einzeln auszufüllen (unabhängig voneinander):

Fragen zur Familie

Mein Name:

Was sind die Stärken der einzelnen Familienmitglieder?

Was ist das Hauptproblem unserer Familie?

Wem geht es am schlechtesten in unserer Familie?

Wie ist das Problem meiner Meinung nach entstanden?

Wie habe ich bisher versucht zu helfen?

Was sollte sich auf jeden Fall ändern?

Wie müsste es in unserer Familie zugehen, damit alles in Ordnung wäre?

Wer geht mir am meisten auf die Nerven? Warum?

Was würde meine Familie sagen, was an mir das Tollste ist?

Was würde meine Familie sagen, was an mir das Schlimmste ist?

Im Moment fühle ich mich in meinem Leben:

glücklich     zufrieden     okay     nicht okay     unzufrieden     unglücklich

Vielen Dank für Ihre/Deine Mithilfe