

Fragebogen zur Paarberatung/-therapie

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

Allgemeine Angaben		
Vorname:		Nachname:
Geburtsdatum:		Telefonnummer + E-Mail:
Adresse:		
Schulbildung/Ausbildung:		Beruf/Stellung:
Name des Partners/der Partnerin:		In Beziehung seit:
Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:		Zusammenlebend seit:
geschieden/getrennt von:		geschieden/getrennt seit:
Ihre Gesundheit		
Haben Sie schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche:
Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Beratung/Therapie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann und wie lange:
Waren Sie schon einmal in Paarberatung/-therapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann und wie lange: Mit welchem Partner/Partnerin:
Sind Sie zurzeit in einer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann: Bei wem:
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann:

Fühlen Sie sich aktuell psychisch gesund?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kinder		
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt erlebt		Jahr:
Kind 1	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	
Kind 2	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	
Kind 3	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	
Kind 4	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	
Kind 5	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	
Kind 6	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:

	Lebt bei:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin <input type="checkbox"/> Eigenes Kind <input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin
	Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter):	

Herkunftsfamilie

<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):		
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):		
<input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):		
<input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):		
Geschwister 1	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):		
Geschwister 2	Name:	Geburtsjahr:
		ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:

	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Geschwister 3	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Geschwister 4	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Geschwister 5	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Andere wichtige Bezugsperson	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Andere wichtige Bezugsperson	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	
Andere wichtige Bezugsperson	Name:	Geburtsjahr: ggf. Todesjahr:
	Wohnort/Land:	Stark einschränkende Krankheiten:
	Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):	

Partnerschaft

Auf welchem Gebiet zeigen sich Ihre Probleme	am wenigsten		am meisten			
Bitte ankreuzen:	0	1	2	3	4	5
Unterschiedliche Erwartungen an die Beziehung						
Kommunikation						
Zeit füreinander (entspanntes Zusammensein)						
Sexualität						
Emotionale Intimität/Geborgenheit						
Raum für sich selbst/Autonomie						
Aufgabenverteilung (Haushalt/ Kind/ Arbeit)						
Probleme mit den Kindern						
Unerfüllter Kinderwunsch (wer?)						
Außenbeziehung (von wem?)						
Beziehung zu Herkunftsfamilie (zu welcher?)						
Arbeitszufriedenheit (wessen?)						
Beanspruchung durch Arbeit						
Finanzen (Einkommen/ Ausgaben)						
Wohnsituation						
Entscheidungsfindung (welche?)						
Körperliche Symptome (welche?)						
Psychische Symptome (welche?)						
Gewalt						
Suchtprobleme (welche?)						
Trennungsgedanken (wer?)						
Andere Probleme (welche?)						
Andere Probleme (welche?)						
Andere Probleme (welche?)						

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Wer hat die Paarberatung/-therapie vorgeschlagen?

.....

Wie fühlen Sie sich generell in Ihrem aktuellen Leben?

glücklich zufrieden okay nicht okay unzufrieden unglücklich

Was sollte ich auf jeden Fall über Sie wissen?

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe