

Fragebogen zur Einzeltherapie Erwachsene / Jugendliche

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

| Allgemeine Angaben / aktuelle Lebenssituation | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| Vorname: | | Nachname: | |
| Geburtsdatum: | | Telefonnummer + E-Mail: | |
| Adresse: | | | |
| Schulbildung/Ausbildung: | | Erlerner Beruf: | |
| Derzeit ausgeübter Beruf: | | Arbeitspensum: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Prozent): | |
| <input type="checkbox"/> Single <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: | |
| Personen, die mit Ihnen in einer Wohnung/einem Haus leben (Status, Rufname): | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> eigene Kinder: | | | |
| Rufname: | Geburtsjahr: (und ggf. Todesjahr) | Lebt bei: | Ihr Gefühl für dieses Kind: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Aktuelle Problematik

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

Wann traten diese Probleme erstmalig auf?

Als wie belastend empfinden Sie diese Probleme aktuell? (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?

Waren Sie schon einmal in Psychotherapie/ psychologischer Beratung?

nein ja

Wenn ja, wann und wie lange:

Befinden Sie sich zurzeit irgendwo in psychotherapeutischer, psychiatrischer und/oder anderweitig heilkundlicher Behandlung?

bei:

wegen:

bei:

wegen:

Nehmen Sie regelmäßig/unregelmäßig vom Arzt oder selbst verordnete Medikamente?

| Name Medikament | Dosis | Einnahme seit: | regelm. Einnahme | Ärztlich verordnet | Selbst verordnet |
|-----------------|-------|----------------|------------------|--------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Herkunftsfamilie

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater | Name: | Geburtsjahr: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: Stark einschränkende Krankheiten: |
| | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): | |
| <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter | Name: | Geburtsjahr: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: 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: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: 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: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: Stark einschränkende Krankheiten: |
| | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): | |
| Geschwister 1 | Name: | Geburtsjahr: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: Stark einschränkende Krankheiten: |
| | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): | |
| Geschwister 2 | Name: | Geburtsjahr: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: Stark einschränkende Krankheiten: |
| | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): | |
| Geschwister 3 | Name: | Geburtsjahr: |
| | Wohnort/Land: | ggf. Todesjahr: 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): | |
| 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): | |
| Erinnerte Lebensgeschichte | | |
| Kindheit und Jugend | | |
| Erwünschte/ geplante Schwangerschaft? | Geburtsort: | |
| Bekannte Besonderheiten während der Schwangerschaft/ Geburt: | | |
| Erinnerte Schwierigkeiten oder Besonderheiten während der Kindheit (z.B. Stottern, Bettnässen, Adoption, Daumenlutschen, Nägelkauen, Albträume etc.). | | |
| Alter (von-bis): | Schwierigkeit, Besonderheit: | |
| Meine Kindheit erlebte ich insgesamt eher als... (Bitte ankreuzen) | | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | |
| Unglücklich glücklich | | |
| Erinnerte Schwierigkeiten oder Besonderheiten während der Jugend (z.B. Pubertätskonflikte, Trennungsschmerz, Ängste, Aggressionen, Niedergestimmtheit, Scham etc.). | | |

Meine Jugend erlebte ich insgesamt eher als... (Bitte ankreuzen)

..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unglücklich glücklich

An folgende Ereignisse in meiner Kindheit/ Jugend erinnere ich mich gerne:

An folgende Ereignisse in meiner Kindheit/ Jugend erinnere ich mich nicht gerne:

Kindergarten und Schule

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Alter bei Start Fremdbetreuung: | Art der Fremdbetreuung (Krabbelgruppe, Aupair, Tagesmutter, Kita etc.): | Wie wohl gefühlt?: 0 1 2 3 4 5 nicht sehr |
| | | 0 1 2 3 4 5 nicht sehr |
| | | 0 1 2 3 4 5 nicht sehr |

Besonderheiten/ Auffälligkeiten aus der Kitazeit:

| | | |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Alter bei Schulbeginn: | Alter bei verlassen der Schule: | Art des Schulabschlusses: |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|

Stärken und Schwächen in der Schule:

Wie war der Kontakt zu den Mitschüler*Innen?

Besonderheiten/ Auffälligkeiten aus der Schulzeit:

Ausbildung/ Studium

| | | | |
|------------------|---------------|--------------------|------------|
| Alter bei Start: | Fachrichtung: | Alter bei Ende: | Abschluss: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

An folgende Ereignisse aus meiner Ausbildungszeit erinnere ich mich gerne:

An folgende Ereignisse aus meiner Ausbildungszeit erinnere ich mich nicht gerne:

Wie fühlen Sie sich generell in Ihrem aktuellen Leben?

glücklich zufrieden okay nicht okay unzufrieden unglücklich

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Was sollte ich auf jeden Fall über Sie wissen?

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe