

## 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:



## 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):	
<b>Erinnerte Lebensgeschichte</b>		
<b>Kindheit und Jugend</b>		
Erwünschte/ geplante Schwangerschaft?	Geburtsort:	
Bekannte Besonderheiten während der Schwangerschaft/ Geburt:		
Erinnerte Schwierigkeiten oder Besonderheiten während der Kindheit (z.B. Stottern, Bettnässen, Adoption, Daumenlutschen, Nägelkaugen, 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 <span style="float: right;">glücklich</span>		
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 <span style="float: right;">sehr</span>
		0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 nicht <span style="float: right;">sehr</span>
		0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 nicht <span style="float: right;">sehr</span>

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