

## 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:<br><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:<br><br>Mit welchem Partner/Partnerin: |
| Sind Sie zurzeit in einer Behandlung?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, seit wann:<br><br>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  |
| <b>Kinder</b>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt erlebt |   | Jahr:  |
| Kind 1  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |
|   | Lebt bei:                                 | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin<br><input type="checkbox"/> Eigenes Kind<br><input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin |
|   | Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter): |  |
| Kind 2  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |
|   | Lebt bei:                                 | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin<br><input type="checkbox"/> Eigenes Kind<br><input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin |
|   | Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter): |  |
| Kind 3  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |
|   | Lebt bei:                                 | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin<br><input type="checkbox"/> Eigenes Kind<br><input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin |
|   | Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter): |  |
| Kind 4  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |
|   | Lebt bei:                                 | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin<br><input type="checkbox"/> Eigenes Kind<br><input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin |
|   | Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter): |  |
| Kind 5  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |
|   | Lebt bei:                                 | <input type="checkbox"/> Gemeinsames Kind mit Partner/Partnerin<br><input type="checkbox"/> Eigenes Kind<br><input type="checkbox"/> Kind des Partners/der Partnerin |
|   | Ihr Gefühl für dieses Kind (Stichwörter): |  |
| Kind 6  | Name:                                     | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:  |

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

### Herkunftsfamilie

|  |               |                                   |
|--|---------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater  | Name:         | Geburtsjahr:                      |
|  |               | ggf. Todesjahr:                   |
|  | Wohnort/Land: | Stark einschränkende Krankheiten: |
| Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):  |               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Mutter  | Name:         | Geburtsjahr:                      |
|  |               | ggf. Todesjahr:                   |
|  | Wohnort/Land: | Stark einschränkende Krankheiten: |
| Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):  |               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter<br><input type="checkbox"/> Stiefvater<br><input type="checkbox"/> Adoptivmutter<br><input type="checkbox"/> Adoptivvater | Name:         | Geburtsjahr:                      |
|  |               | ggf. Todesjahr:                   |
|  | Wohnort/Land: | Stark einschränkende Krankheiten: |
| Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter):  |               |                                   |
| <input type="checkbox"/> Stiefvater<br><input type="checkbox"/> Stiefmutter<br><input type="checkbox"/> Adoptivvater<br><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:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |
| Geschwister 4                | Name:   | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |
| Geschwister 5                | Name:   | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |
| Andere wichtige Bezugsperson | Name:   | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |
| Andere wichtige Bezugsperson | Name:   | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |
| Andere wichtige Bezugsperson | Name:   | Geburtsjahr:<br>ggf. Todesjahr:   |
|                              | Wohnort/Land:                                 | Stark einschränkende Krankheiten: |
|                              | Ihr Gefühl für diesen Menschen (Stichwörter): |                                   |

## Partnerschaft

| Auf welchem Gebiet zeigen sich Ihre Probleme  | am           |   |   |            |   |   |
|---|--------------|---|---|------------|---|---|
|   | 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