

Angaben zu Ihrer Person

Anrede	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Email	
Zusatzangaben	

Fragen

Wichtig: Nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die folgenden Fragen in aller Ruhe. Bitte seien Sie ehrlich zu sich und verschweigen nichts, dass unserer Therapie im Wege stehen würde.

Aktuelle Lebensumstände

Höchster Abschluss [Bitte zutreffendes unterstreichen]: Realschulabschluss Abitur
Hauptschulabschluss Fachhochschulreife Bachelor Master Promotion Sonstiges:

Aktueller Beruf:

Aktueller Arbeitgeber:

Arbeitsbelastung [Bitte zutreffendes unterstreichen]: Vollzeit Teilzeit erwerbslos Ausbildung /
Studium Aushilfe / Werkstudent

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem Chef / Ihrer Chefin?

Wie ist Ihre Beziehung zu Kolleginnen / Kollegen?

Wie leben Sie? [Bitte zutreffendes unterstreichen]
Haus Wohnung

Eigentum

Miete

Wohngemeinschaft

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Wie oft und wie lange machen Sie Urlaub?

Wie gestalten Sie Ihren Urlaub?

Familie und Beziehungen

Familienstand [Bitte zutreffendes unterstreichen]:

Ledig verheiratet

geschieden

getrennt

wiederverheiratet

verwitwet

Sonstiges:

Wenn Sie in einer Beziehung sind: Wie glücklich sind Sie in der Beziehung?

Welche Probleme / Belastungen haben Sie in Ihrer Beziehung?

Haben Sie Kinder? [Bitte zutreffendes unterstreichen]:

Ja

Nein

Wenn Ja: Anzahl und Alter Ihrer Kinder:

Wie ist die Beziehung zu Ihren Kindern?

Leben Ihre Eltern noch? [Bitte zutreffendes unterstreichen]
Wenn Nein: Wann sind sie verstorben?

Ja Nein

Wie war / ist die Beziehung zu ihrem Vater?

Wie war / ist die Beziehung zu Ihrer Mutter?

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend?

Wie ist die Beziehung Ihrer Eltern heute?

Haben Sie Geschwister? [Bitte zutreffendes unterstreichen]
Wenn Ja: Wie alt sind sie?

Ja Nein

Wie war / ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern?

Wie viele Freunde haben Sie?

Vorerkrankungen

Haben Sie physische Vorerkrankungen? [Bitte zutreffendes unterstreichen] Ja Nein
Wenn Ja: Welche Erkrankungen?

Haben Sie psychische Vorerkrankungen? [Bitte zutreffendes unterstreichen] Ja Nein
Wenn Ja: Bitte geben Sie Zeitraum, Dauer und Art der Behandlung (stationär oder ambulant) an:

Nehmen Sie Medikamente? [Bitte zutreffendes unterstreichen] Ja Nein
Wenn Ja: Welche Medikamente und mit welcher Dosierung nehmen Sie?

Erfahrungen mit Therapien

Haben Sie Erfahrungen mit Psychotherapien oder Hypnosen? [Bitte zutreffendes unterstreichen] Ja Nein

Wenn Ja: Wie viele Sitzungen und mit welchem Erfolg?

Bitte beachten: Wenn Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie vorab mit Ihrem behandelnden Arzt. Lassen Sie sich bescheinigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.

Sind Sie in psychiatrischer Behandlung? [Bitte zutreffendes unterstreichen] Ja Nein

Angaben zu Ihrem Problem

Beschreiben Sie Ihr Problem:

Wann tritt das Problem auf?

Wann wird es stärker, wann schwächer?

Was wird in ihrem Leben durch das Problem / die Krankheit verhindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

Wozu zwingt Sie das Problem / die Krankheit?

Behandlungsziel

Beschreiben Sie das Ziel, welches Sie sich durch die Behandlung erhoffen:

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie ihr Problem überwunden haben?

Welche Verhaltens- oder Gewohnheitsänderungen würden helfen, ihr Ziel zu erreichen?

Beschreiben Sie eine konkrete Situation, in der Sie sich unmittelbar nach der Behandlung davon überzeugen können, dass Ihr Problem nicht mehr besteht bzw. deutlich gemindert wurde.

Lebensziel und Werte

Was ist Ihr Lebenssinn?

Nach welchen Werten leben Sie bzw. wollen Sie leben?

Was sind Ihre Leidenschaften?