

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer nächsten Therapiesitzung. Indem Sie ihn vollständig und sorgfältig ausfüllen, können wir unsere Therapiezeit gezielt für die für Sie bedeutsamen Themenbereiche nutzen. **Selbstverständlich wird alles was Sie schreiben absolut vertraulich behandelt!**

Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Wenn Sie bei bestimmten Fragen unsicher sind, können wir gerne darauf im Gespräch zurückkommen. Sie haben immer die Möglichkeit zusätzlich zu den vorgegebenen Punkten die Antwort schriftlich weiter auszuführen. Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit Ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

Herzlichen Dank!

<b>Name:</b> _____	<b>Geburtsdatum:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____ _____	<b>Geburtsort:</b> _____
<b>Krankenversicherung:</b> _____ gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____
	<b>Familienstand:</b> _____
	<b>Religion:</b> _____ aktiv: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Telefon: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_

aktuelle Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Hobbies und Interessen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen Informationen über unsere Praxis?  
\_\_\_\_\_

Wer weiß darüber Bescheid, dass Sie hier sind?  
\_\_\_\_\_

Partnerschaft:  derzeit ohne Partnerschaft  mit festem/r Partner:in seit \_\_\_\_\_

Kinder:	Geschlecht	Vorname(n)	Geburtsdatum

Frühere ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlungen	Zeit: von - bis	Problem / Erkrankung	Name / Institution

Körperliche Erkrankungen	seit:	aktuell in Behandlung	aktuelle Beschwerden
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aktuelle Medikamente (Name)	Dosis	Einnahme seit	ärztl. verordnet	selbst verordnet

Konsumverhalten:	Alkohol	Nikotin	Kaffee	Kokain	Amphetamine	Schlafmittel
Wie häufig und in welcher Menge/Tag						

## 1. Derzeitiger Stand des Problems

a) Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, derentwegen Sie zur Therapie kommen:

---

---

---

---

---

b) Geben Sie kurz Auskunft darüber, wann Ihre Beschwerden zum ersten Mal auftraten und wie sie sich bis jetzt entwickelt haben:

---

---

---

---

---

c) Schätzen Sie bitte auf der Skala ein, wie belastend Sie Ihr(e) Problem(e) derzeit empfinden:



d) Wen haben Sie wegen Ihrer momentanen Probleme bis jetzt um Rat gefragt?

---

e) Befinden Sie sich zurzeit – außer in dieser Praxis – in ärztlicher oder psychologischer Behandlung?

---

f) Warum suchen Sie gerade zu diesem Zeitpunkt eine Psychotherapie auf?

---

---

## **2. Problemanalyse**

### **2.1 Problembeschreibung**

a) Welche Vermutung haben Sie selbst über die Ursachen Ihrer Probleme?

---

---

---

b) Wann und wo treten Ihre Probleme vor allem auf?

---

---

c) Wann und wo treten Ihre Probleme gar nicht oder seltener auf?

---

---

d) Was würde passieren, wenn Sie ab sofort Ihre Beschwerden verlieren würden?

---

---

e) Welche typischen Gedanken haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?

---

---

f) Welche Gefühle sind mit Ihren Problemen verbunden?

---

---

g) Wie reagiert Ihr Körper beim Auftreten der Probleme?

---

---

h) Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt? Wie versuchen Sie sich selbst zu helfen?

---

---

i) Wie reagieren andere Personen, wenn Ihr Problem auftritt?

---

---

j) Welche Versuche zur Lösung der Probleme haben Sie bisher schon selbst gestartet?

---

---

## 2.2. Problemfreie Lebensbereiche und Selbsthilfemöglichkeiten

a) Was erleben Sie in Ihrer jetzigen Lebenssituation als Stütze und Stabilität?

---

---

b) Welche Lebensbereiche sind in Ihrem Leben von dem Problem verschont geblieben?

---

---

c) Welche Ihrer Fähigkeiten stehen Ihnen trotz des Problems uneingeschränkt zur Verfügung?

---

---

d) Welche Menschen sind Ihnen derzeit eine Hilfe oder Stütze?

---

---

e) Was sind Ihre Freizeitbeschäftigungen, Hobbys und Interessen?

---

---

### 3. Lebensgeschichtliche Entwicklung

#### 3.1 Kindheit

a) Geburtsort: \_\_\_\_\_

b) Befinden der Mutter während der Schwangerschaft und Geburtsverlauf, soweit Ihnen dies bekannt ist:

- nicht bekannt
- ohne Komplikationen
- Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt:

c) Ich erinnere mich an folgende Schwierigkeiten oder Besonderheiten in meiner Kindheit (z. B. Ängste, Stottern, Bettnässen, Daumenlutschen, Nägelkauen, Alpträume u. ä.)

Alter (von - bis)	Schwierigkeiten/Besonderheiten

d) Meine Kindheit erlebte ich als insgesamt eher (bitte kreuzen Sie an):

**unglücklich**    1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8    **glücklich**

e) Gesundheitszustand während der Kindheit: Welche Krankheiten hatten Sie?

---



---

f) Gesundheitszustand während der Jugendzeit:

---



---

g) Irgendwelche Operationen/ Unfälle? (Bitte mit Altersangabe/bleibende Beeinträchtigungen):

---



---

h) Spiele und Interessen während der Kindheit:

---

---

i) Gingen Sie in den Kindergarten und welche Rolle haben Sie hier eingenommen...

**... zu den anderen Kindern?**

---

---

**... zur Kindergärtner:in/ Erzieher:in?**

---

---

j) Interessen und Hobbies während der Jugendzeit:

---

---

k) Sportliche Neigungen:

---

---

l) An folgende Erlebnisse in der Kindheit und Jugend erinnere ich mich gerne:

---

---

m) An folgende Erlebnisse in der Kindheit und Jugend erinnere ich mich ungerne:

---

---

### 3.2 Ausbildung und Schule

a) Alter bei Schulbeginn: \_\_\_\_\_

b) Alter bei Verlassen der Schule: \_\_\_\_\_

c) Art des Schulabschlusses: \_\_\_\_\_

d) Wie war der Kontakt zu Ihren Klassenkamerad:innen/Gleichaltrigen? Welche Rolle haben Sie hier eingenommen?

---

---

---

e) Stärken und Schwächen in der Schule:

---

---

---

f) Wie waren Sie zufrieden mit Ihren schulischen Leistungen?

---

---

g) Wie waren Ihre Eltern zufrieden mit Ihren schulischen Leistungen?

---

---

### 3.3 Ihre Herkunftsfamilie

a) Vater: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Falls Ihr Vater bereits verstorben ist: Wann verstarb er und was war die Ursache?

---



b) Mutter: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Falls Ihre Mutter bereits verstorben ist: Wann verstarb sie und was war die Ursache?

\_\_\_\_\_

c) Geschwisterreihenfolge (einschließlich Sie selbst):

	Geschlecht	Vorname(n)	Geburtsdatum
1. Kind			
2. Kind			
3. Kind			
4. Kind			
5. Kind			

d) Beschreiben Sie bitte die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern:

**Früher:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Heute:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters (oder Pflegevaters) und seine Einstellung zu Ihnen:

**Früher:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Heute:**

---

---

---

f) Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter (oder Pflegemutter) und ihre Einstellung zu Ihnen:

**Früher:**

---

---

**Heute:**

---

---

g) Auf welche Art wurden Sie als Kind von Ihren Eltern bestraft?

---

---

---

h) Auf welche Art wurden Sie als Kind von Ihren Eltern belohnt?

---

---

---

i) Vermitteln Sie einen Eindruck von der Stimmung in Ihrem Elternhaus. Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern aus?

---

---

---

j) Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?

---

---

k) Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?

---

---

l) Falls sich Ihre Eltern getrennt haben, wie alt waren Sie?

---

---

m) Kam eine(e) neue(r) Partner(in) in die Familie, in der Sie aufwuchsen? Wenn ja, wann?

---

---

n) Falls zutreffend, wie war Ihre Beziehung zum neuen Partner des Elternteils, bei dem Sie aufwuchsen?

---

---

o) Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, vom wem wurden Sie während welches Zeitraumes erzogen?

---

---

p) Waren weitere Menschen in Ihrer Kindheit wichtig? Wenn ja, wer und wie war seine/ ihre Persönlichkeit?

---

---

q) Haben oder hatten Sie Vorbilder?

---

---

r) Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:

---

---

s) Hat sich irgendjemand (Eltern, Verwandte oder Freunde) jemals in Ihre Lebensplanung bzw. -führung (z. B. Ehe oder Beruf) eingemischt?

---

---

t) Welches sind heute die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

---

---

---

u) Leidet oder litt jemand in Ihrer Familie an einer psychischen Störung (z.B. Alkoholsucht, Depression, Ängste)?

---

---

### 3.4 Sexualität

a) Bitte beschreiben Sie kurz die Einstellung in Ihrer Familie zur Sexualität:

---

---

Wie wurde mit dem Nacktsein umgegangen?

---

---

In welchem Alter tauchten Schamgefühle auf und wie stark?

---

---

b) Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört?

---

---

c) Welche besonders angenehmen Erfahrungen sind Ihnen aus Ihrer sexuellen Entwicklung in Erinnerung?

---

---

d) Welche besonders unangenehmen Erfahrungen sind Ihnen aus Ihrer sexuellen Entwicklung in Erinnerung?

---

---

e) Wann waren Sie das erste Mal verliebt? In wen?

---

f) In welchem Alter hatten Sie erstmals einen vollständigen Geschlechtsakt? Wie erlebten Sie dies gefühlsmäßig?

---

---

g) Wie erleben Sie heute Zärtlichkeit und Sexualität? Können Sie dies genießen? Gibt es besondere Schwierigkeiten oder belastende Erfahrungen?

---

---

h) Haben Sie sexuelle Hemmungen, Ekel, Schuld- oder Schamgefühle?

---

---

i) Welche Einstellung haben Sie zur Selbstbefriedigung?

---

---

- j) Benutzen Sie Selbstbefriedigung als Mittel zum Zweck, z.B. um schlechte Laune oder Frust zu vertreiben?

---

---

- k) Welche Einstellung haben Sie zu Ihren Geschlechtsorganen (z.B. bzgl. Größe, Form, etc.)? Wie zufrieden sind Sie damit/mit Ihrem Körperbild als Frau/Mann?

---

---

- l) Wie wichtig ist Ihnen Sexualität an sich? Was ist Ihnen besonders wichtig daran?

---

---

**Für Frauen und Mädchen:**

- a) Waren Sie auf Ihre erste Periode vorbereitet und fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert?

---

---

- b) Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode?

---

---

- c) Sind Ihre Perioden regelmäßig?

---

---

- d) Haben Sie Schmerzen und/ oder beeinflusst die Periode Ihre Stimmung?

---

---

**Für Männer und Jungen:**

- a) Waren Sie auf Ihren ersten Samenerguss vorbereitet und fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert?

---

---

b) Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Samenerguss?

---

c) Haben Sie Schmerzen/Probleme bei Erektion oder Samenerguss?

---

### 3.5 Belastungen

Fand in Ihrem Leben eines der folgenden belastenden Lebensereignisse statt?  
(Bitte ankreuzen, Jahreszahl und Stichwort dazu einfügen.)

- Tod (Ehe-)Partner:in (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Trennung (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Scheidung (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Tod eines Angehörigen (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Tod eines eigenen Kindes (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Erhebliche eigene Erkrankungen (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Verlust des Arbeitsplatzes (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Versöhnung mit Partner:in nach erheblicher Krise (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Berentung (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Gefängnis (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Schwangerschaftsabbruch (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- unerfüllter Kinderwunsch (seit: \_\_\_\_\_)
- Fehlgeburt (Jahr: \_\_\_\_\_)
- Berufswechsel (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Ortswechsel (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Beginn oder Ende der Berufstätigkeit von Partner:in (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Scheitern einer Ausbildung (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Höhere Verschuldung (im Jahr: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trugen diese Ereignisse zur Entstehung Ihrer jetzigen Probleme möglicherweise bei?

- Nein       Ja

Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

### 3.6 Aktuelle Lebenssituation

#### Partnerschaft und Ehe

a) Angaben zu Partner:in:

Name	Vorname	Alter	Beruf

Wie lange kennen Sie Ihre/n Partner:in bzw. wie lange sind Sie verheiratet oder befreundet?

---

Beschreiben Sie bitte kurz die Persönlichkeit Ihres/r Partner:in in 5 Eigenschaften:

---

---

---

---

In welchen Bereichen stimmen Sie mit Ihrem/r Partner:in überein?

---

---

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze? Gibt es in Ihrer Partnerschaft ein großes Problem, das bisher noch nicht angesprochen wurde?

---

---

---

Ist Ihr/e Partner:in berufstätig? (Wenn nein, warum nicht?)

---

---

Hat Ihr/e Partner:in größere psychische oder körperliche Probleme?

---

---



Wie ist Ihre Beziehung zur „Schwieger“-Familie?

---



---



---

Beschreiben Sie kurz die Beziehung zu Ihren Kindern:

---



---

Gibt es besondere Probleme mit Ihren Kindern?

---



---

b) Bitte machen Sie kurze Angaben über eventuelle frühere Ehen oder länger dauernde Partnerschaften:

Dauer (von - bis)	Was führte zum Ende der Beziehung?

### 3.7 Wohnsituation

Mit wem leben Sie zusammen?

---

Wie wohnen Sie? (Miete/ Wohneigentum)

---

Sind Sie mit der momentanen Wohnsituation zufrieden?

---

### 3.8 Arbeit und berufliche Tätigkeit

- a) Berufe oder Tätigkeiten, die Sie früher ausübten (bzw. Studienorte und -fächer) in zeitlicher Reihenfolge:

---

---

---

---

- b) Befriedigt Sie die Tätigkeit (Arbeit, Hausarbeit, Schule, Studium etc.), die Sie zurzeit ausüben? Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?

---

---

---

- c) Wie viel verdienen Sie? \_\_\_\_\_ (netto)

- d) Sind Sie mit ihrem Einkommen zufrieden?

---

- e) Gibt es größere finanzielle Probleme?

---

- f) Was sind heute Ihre Berufsziele?

---

- g) Haben Sie Probleme an Ihrem Arbeitsplatz? Wenn ja, welche?

---

---

- h) Fühlen Sie sich in Ihren Aufgaben überdurchschnittlich belastet? Wenn ja, inwiefern?

---

---

---

- i) Gibt es spezielle berufliche Erschwernisse (Arbeitslosigkeit, länger dauernde Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Rente oder Rentenantrag)?

---

---

---

- j) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

---

---

---

#### **4. Ihre Persönlichkeit**

##### **4.1 Selbstbeschreibung**

- a) **Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft:**

offen, wertlos, aktiv, nutzlos, glücklich, Leben ist sinnlos, schlagfertig, dumm, entschlossen, unfähig, liebevoll, mache nichts richtig, zufrieden, schuldig, gutmütig, schreckliche Gedanken, humorvoll, voller Hass, fürsorglich, ängstlich, gelassen, getrieben, kontaktfreudig, selbstunsicher, geduldig, neige zu Panik, warmherzig, aggressiv, ruhig, hässlich, zuversichtlich, unattraktiv, belastbar, deprimiert, fähig, einsam, Leben hat Sinn, ungeliebt, werde gebraucht, missverstanden, vernünftig, gelangweilt, optimistisch, ohne Hoffnung, gescheit, ruhelos, attraktiv, verwirrt, sympathisch, im Konflikt, wertvoll, verschlossen

- b) Welche positiven Seiten oder Fähigkeiten haben Sie?

---

---

- c) Was halten Sie für Ihre unvernünftigste Idee?

---

---

- d) Wie sieht es aus, wenn Sie die Beherrschung oder Kontrolle verlieren (Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsanfälle)? Beschreiben Sie bitte eine solche Situation:

---

---

e) Welches sind Ihre größten Ängste:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

f) Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

Ich bin ein Mensch, der \_\_\_\_\_

Während meines ganzen Lebens \_\_\_\_\_

Seit meiner Kindheit \_\_\_\_\_

Eine Sache, auf die ich stolz bin \_\_\_\_\_

Es fällt mir schwer zuzugeben \_\_\_\_\_

Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann \_\_\_\_\_

Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil \_\_\_\_\_

Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Ansehen machen würde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine der Arten wie andere mir weh tun, ist \_\_\_\_\_

Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, \_\_\_\_\_

Was ich von meiner/m Frau/Mann brauche, aber nicht erhalten habe, ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nie bekommen habe, ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich \_\_\_\_\_

## 4.2 Fremdbeschreibung

Mein/e Partner:in würde mich wahrscheinlich so beschreiben (in Stichworten):

---

---

---

Mein/e beste/r Freund:in würde mich so beschreiben:

---

---

---

Jemanden, der mich nicht leiden kann, würde folgende Beschreibung von mir geben:

---

---

---

## 5. Therapieziele

a) Nennen Sie die 3 wichtigsten Ziele, die Sie in der Therapie erreichen wollen:

1. 

---
2. 

---
3. 

---

b) Welchen Einfluss wird das Erreichen der Ziele auf Ihr Leben haben (Beruf, Partnerschaft, Familie, Freizeit, Bekannte, körperliches Befinden, Wohnsituation)?

---

---

c) Wie schätzen Sie die Bereitschaft Ihres/r Partner:in ein, an der Erreichung Ihrer Therapieziele mitzuwirken?

---

---

d) Wie schätzen Sie die Bereitschaft anderer Familienmitglieder ein, an der Erreichung Ihrer Therapieziele mitzuwirken?

---

---

## **6. Ihre Erwartungen an die geplante Psychotherapie**

a) Was müsste sich an Ihrer Lebenssituation (Beruf, Wohnsituation, Partnerschaft usw.) verändern, damit Sie die unter Punkt 5 genannten Ziele erreichen?

1. 

---
2. 

---
3. 

---

b) Was müssten Sie an sich selbst (Verhalten, Gewohnheiten, Ansichten usw.) verändern, damit Sie diese Ziele erreichen?

1. 

---
2. 

---
3. 

---

c) Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der/die ideale Therapeut:in haben?

---

---

d) Wie würden Sie eine ideale Beziehung mit einem/r Therapeut:in beschreiben?

---

---

e) Welche Gefühle erleben Sie im Gespräch mit mir als Psychotherapeut:in?

---

---

f) Welche Gefühle haben Sie bei mir als Psychotherapeut:in wahrgenommen?

---

---

g) Fällt Ihnen noch etwas ein, was für die Therapie wichtig sein könnte?

---

---

h) Wie lange, glauben Sie, sollte die Therapie dauern?

---

---

i) Wie viel Zeit können Sie zwischen den Therapiesitzungen täglich aufbringen, um an der Bewältigung Ihres Problems zu arbeiten (durchschnittlich)?

0 > 15 > 30 > 45 > 60 > 90 **Minuten täglich**

j) Für wie wahrscheinlich halten Sie selbst die Möglichkeit der Besserung Ihrer Beschwerden durch eine Psychotherapie?

unmöglich > möglich > wahrscheinlich > sicher > sehr sicher

*Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Unterstützung!*