

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen unabhängig voneinander aus

Name: _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel. / E-Mail: _____

Beruf/Stellung: _____

Beziehung mit: _____ seit: _____

zusammenlebend seit: _____ verheiratet seit: _____

geschieden von: _____ seit: _____

eigene Kinder geb. Ihr Gefühl für jedes Kind *

Die wichtigsten Bezugspersonen aus Ihrer Kindheit:

Name:

(Vorname genügt) Jahr evtl. Todesjahr, Ihr Gefühl für diesen Menschen, Beziehung? *

Beziehung

Mutter _____

Beziehung

Vater _____

Stief-/Mutter

Beziehung wie? _____

Adoptiv-Vater

Beziehung? _____

Geschwister:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Andere wichtige Bezugspersonen:

* Stichwörter genügen. Für Kommentare bitte zusätzliche Blätter benutzen

Auf welchen Gebieten zeigen sich Ihre Probleme am wenigsten? am meisten?

Bitte ankreuzen: 0 1 2 3 4 5 (0 am wenigsten, 5 am meisten)

- Unterschiedliche Entwicklung Frau / Mann _____
- Kommunikation _____
- Zeit für einander (entspanntes Zusammensein) _____
- Sexualität _____
- Emotionale Intimität / Geborgenheit _____
- Raum für sich selbst / Autonomie _____
- Aufgabenverteilung (Haushalt/Kinder/Arbeit) _____
- Kinderprobleme _____
- Aussereheliche Beziehung (von wem?) _____
- Beziehung zu Herkunftsfamilien _____
- Arbeitszufriedenheit _____
- Beanspruchung durch Arbeit (Frau / Mann) _____
- Finanzen (Einkommen / Ausgaben) _____
- Wohnsituation _____
- Entscheidungsfindung (welche?) _____

Körperliche Symptome (welche?) _____

Psychische Symptome (welche?) _____

Gewalt

Suchtproblem (welche?) _____

o Andere Probleme (welche?) _____

Was wäre das Beste

Was wäre das Schlimmste

das durch die Therapie geschehen könnte?