

4. Welche körperlichen Beschwerden haben Sie?
akut:
von früher:
Sind Sie deshalb in Behandlung? ja nein
Behandlungsform: ja nein
bei wem?
5. Welche Medikamente nehmen Sie?
6. Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? ja nein
wenn ja, weswegen:
von: bis: bei:
von: bis: bei:
Art der Therapie:
7. Waren Sie je in einer psychiatrischen Klinik oder Sucht-Klinik? ja nein
wenn ja, weswegen:
8. Leiden Sie unter Ess-Störungen (z.B.: Anorexie, Bulimie, emotionales Essen/Übergewicht)?
9. Haben Sie Ängste, wenn ja, wovor?
10. Haben Sie psychosomatische Krankheiten (z.B. Magengeschwür, Neurodermitis usw.)?
 ja nein
falls ja, welche:
11. Leiden Sie unter Schlafstörungen ja nein
falls ja, welche:
Einschlafstörungen ja nein Durchschlafstörungen ja nein
zu frühem Erwachen ja nein
Fühlen Sie sich morgens schlechter als mittags oder abends? ja nein
12. Wie ist Ihr Umgang mit Suchtmitteln und Ihre Einstellung dazu?
früher:
heute:
Alkoholkonsum: täglich gelegentlich nie
Rauchen: ja nein
13. Gab/gibt es auffällige psychische Probleme in Ihrer Familie? (Bitte Verwandtschaftsgrad angeben und Art der Erkrankung)

14. Was ist der Anlass der Sie in die Praxis führt? Ihr aktuelles Anliegen:
15. Worin sehen Sie die Ursachen Ihrer momentanen Schwierigkeiten?
Gibt es aus Ihrer Sicht jemand der dafür verantwortlich ist?
16. Was können Sie aufgrund der Schwierigkeiten nicht mehr in Ihrem Leben?
17. Wodurch bzw. in welchen Situationen erleben Sie Ihre Schwierigkeiten besonders deutlich?
18. Sind Sie momentan in einer Beziehung/Partnerschaft? ja nein
Wenn ja, beschreiben Sie Ihre aktuelle Beziehung/Partnerschaft:
19. Wissen Ihre nächsten Bezugspersonen von Ihrer geplanten therapeutischen Arbeit?
 ja nein
20. Sonstige momentan wichtige Beziehungen:
21. Frühere Beziehungen, Anzahl und Dauer:
sind diese abgeschlossen?
Welche frühere(n) Beziehung(en) sind jetzt noch wichtig? Warum?
22. Gibt es wiederkehrende Themen in Beziehungen?
23. Wie wurde in Ihrer Familie mit Aggressionen und Konflikten umgegangen?
24. Gab es Besonderheiten während Ihrer eigenen Schwangerschaft, bei der Geburt oder im

ersten Lebensjahr?
Wenn ja, welche ?

25. Beschreiben Sie Ihre Kindheit (Bei wem wuchsen sie in den ersten Jahren auf, wie war die Atmosphäre, was haben Sie geliebt, was vermisst?):

26. Wie war Ihre Schulzeit?

27. Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Eltern?

28. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute?

29. Beschreiben Sie die Wesensart Ihrer Mutter:

30. Beschreiben Sie die Wesensart Ihres Vaters:

31. Wer war die dominierende Person in Ihrer Familie? Wie/Warum?

32. Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit gelobt? Wie getadelt?

33. Welche Aufmerksamkeit, Zuwendungen bekamen Sie in Ihrer Kindheit? Von wem?

34. Wie war die Beziehung Ihrer Eltern zueinander?

35. Falls Sie eigene Kinder haben, beschreiben Sie Ihre Beziehung, Gefühle zu Ihnen:

36. Schildern Sie kurz Ihren typischen Tagesablauf:

37. Schildern Sie kurz ein typisches Wochenende:

38. Welche Vorlieben (Hobbys) haben Sie?

39. Beschreiben Sie bitte Ihr soziales Umfeld (Freunde, Beziehungen, Kontakte)?

40. Wie sehen Sie Ihr Sexualleben?

41. Wie ist Ihre finanzielle Situation? Wie bestreiten Sie ihr Leben?

42. Wie ist die momentane Wohnsituation?

43. Wie häufig haben Sie Ihre Wohnungen gewechselt?

44. Was sind Ihre Stärken, Ihre Schwächen?

45. Wie selbständig oder abhängig erleben Sie sich?

46. Welche wichtigen Ereignisse gab es in Ihrem Leben?

47. Ist jemand aus Ihrer Familie während Ihrer Kindheit oder Jugend verstorben?
Wie alt war derjenige und wie alt waren Sie?

48. Wovon träumen Sie? Was ist Ihre größte Sehnsucht, Wunsch?

49. Welche Einstellung haben Sie zu Religion und Spiritualität?

50. Wie sollen sich am Ende der therapeutischen Arbeit Ihre Lebensumstände verändert haben?

51. Hatten Sie schon Gedanken an einen Selbstmord? ja nein

Wann zuletzt?

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann?

Was waren die Gründe hierfür?

52. Wie finanzieren Sie die Therapie? Privat private Krankenkasse

53. Was erscheint Ihnen noch wichtig zu sagen?

Datum:

Unterschrift: