



BERTHOLD RIEKE

- PSYCHOTHERAPEUTISCHER HEILPRAKTIKER
- PSYCHOLOGISCHER BERATER
- PAAR- UND FAMILIENTHERAPEUT
- SEXUALTHERAPEUT
- KÖRPERPSYCHOTHERAPEUT
- ANTIAGRESSIONSTRAINER
- HYPNOSE THERAPEUT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN, LEBENSGESCHICHTE, LEBENSSITUATION

Dieser Fragebogen soll in komprimierter Form ein Bild Ihres Lebens und Ihres Umfeldes vermitteln. Es ist für mich als Ihr behandelnder Therapeut wichtig, diese Daten zu kennen.

Denn nur so kann ich Ihre speziellen Probleme abschätzen und einen Plan für die Behandlung erstellen.

In einem persönlichen Gespräch werde ich dann offenstehende Fragen und weiterführende Probleme mit Ihnen besprechen.

Es wird Sie interessieren zu erfahren, was mit diesem Fragebogen geschieht, der so viele Informationen über Ihre Person enthält. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt. Kein Außenstehender erhält Zugang zu diesen Informationen.

Die Behandlung erfolgt ja ebenfalls streng vertraulich.

Bitte bemühen Sie sich, alle Fragen so spontan und ausführlich wie möglich zu beantworten. Wenn Sie sich bei manchen Aussagen nicht absolut sicher sind, antworten Sie eher nach Ihrem Gefühl als zu einem Punkt gar nichts zu schreiben.

Bitte auch die formalen Angaben mit Postleitzahl und Erreichbarkeit über Fest- und Mobilanschluss sowie Mailadresse vollständig ausfüllen.

Sie helfen damit, die Zeit der Therapiesitzung (60 Min. pro Sitzung) effektiv für die Behandlung zu nutzen.

Name..... Telefon privat.....

Mobil..... Mailadresse

Adresse (mit PLZ!)

.....

Geburtsort.....Geburtsdatum.....

Schulbildung.....

Beruf, Ausbildung.....

Abschluss.....

Familienstand: (Zutreffendes bitte unterstreichen)

ledig, verlobt, verheiratet, wiederverheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet

.....

Derzeit ausgeübter Beruf, Tätigkeit, Arbeitgeber

.....

Andere Behandelnde (Arzt/Therapeuten)

.....

Therapiefahrung

.....

Krankenkasse

.....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

.....

Probleme und Beschwerden

Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre hauptsächlichsten Beschwerden, derentwegen Sie in die Therapie kommen:

Schildern Sie in Stichworten, wann Ihre Beschwerden das erste Mal auftraten, wie es dazu kam und wie sich die Beschwerden bis heute entwickelt haben:

In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Probleme beeinträchtigt, z.B.: beruflicher, familiärer Bereich, Freizeit, Kontakt mit anderen usw., und wie wirkt sich dies konkret auf Ihr Leben aus (kurze Beschreibung):

Schildern Sie beispielhaft eine Situation aus der letzten Zeit, wo die Schwierigkeiten auftraten:

Wann und wie häufig treten diese Probleme zurzeit auf?

Sind Sie momentan krankgeschrieben?

Was sind die jeweiligen Folgen für Sie und/oder andere Personen?

Sind oder waren Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher oder psychologischer Behandlung, im Krankenhaus, zur Kur und wann?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Gegen welche Beschwerden? Seit wann? Von wem verordnet: Arzt / Heilpraktiker o.a.?

Gibt es Zeiten oder Gelegenheiten, in denen Ihre Beschwerden nicht, abgeschwächt, nur selten oder gar nicht auftreten?

Welche Versuche haben Sie unternommen, die Schwierigkeiten zu verändern? Mit welchem Ergebnis?

Was wird sich wesentlich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie Ihre Beschwerden los sind oder sie zumindest gelindert sind?

Gab oder gibt es jemanden in Ihrer Umgebung, der ähnliche Probleme hat wie Sie? (Kurze Beschreibung der Person und deren Probleme):

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

Haben Sie noch andere Beschwerden? Unterstreichen Sie alles, was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen, Schwindel, Schwächeperioden (Ohnmacht) Müdigkeit, Herzklopfen, Magenbeschwerden, Heißhunger, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörung, Schlaflosigkeit, Alpträume, Spannungszustände, Unruhe, starker Alkoholgenuß, Zittern, Einnehmen von Beruhigungsmitteln, Einnehmen von Drogen, Depressionen, Selbstmordgedanken, Unfähigkeit zu entspannen, Ängste, Panikgefühle, sexuelle Probleme, Unzufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit, Unzufriedenheit mit sich selbst, Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, Minderwertigkeitsgefühle, Ablehnen von Muße/ Urlaub, Schwierigkeiten, sich zu amüsieren, zu anspruchsvoll, Schüchternheit, unfähig Freundschaften zu schließen, Gefühle von Einsamkeit, unfähig Entscheidungen zu treffen, unfähig eine Arbeit längere Zeit durchzuhalten, Konzentrationsstörungen, schlechte Familienverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten, Grübeleien, Rededrang, Angst in Menschenmenge, überaktiv, immer fröhlich, oft den Tränen nahe, keine Interesse/ keine Freude an Aktivitäten, rastlos, Angst, das Haus zu verlassen, Suizidgedanken, Verzweiflung, Nervosität, Schwitzen, Luftnot

Was möchten Sie ergänzen?

1. ANGABEN ZUR LEBENSGESCHICHTE

Vater

Mutter

Name:..... Name:.....

Alter:..... Alter:.....

Beruf: Beruf:

Gesundheit: Gesundheit:

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

Gab es Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war oder während der Geburt?

Wohnt noch jemand mit im Haushalt, wenn ja, welche Rolle nimmt er/sie ein, und wie war ihr Verhältnis zu dieser Person?

Gibt es wichtige Krankheiten, psychische Störungen oder andere Auffälligkeiten in Ihrer Familie?

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank? Hatten sie Probleme?

Wissen Sie, ob in Ihrer Familie psychische Störungen aufgetreten sind? Wenn ja, welche?

Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus? Welche Konflikte gab es?

Wenn Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, bei wem wuchsen Sie auf und in welchen Jahren?

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre im Elternhaus: Wie haben sich die Eltern verstanden (1)? Wie war das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern (2)? Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen (3)?

(1)

(2)

(3)

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

Welche Rolle spielten Gesellschaft und Kirche. Geben Sie einen Einblick in Ihre religiöse und weltanschauliche Erziehung:

Gab es in Ihrer Kindheit noch andere wichtige Menschen, denen Sie sich anvertrauen konnten?

Wie bestrafen (1) oder belohnen (2) die Eltern Sie? (Beispiele angeben)

Haben Sie Ihre Familie in Ihrer Kindheit als unterstützend empfunden?

Alter bei Schulbeginn..... Alter beim Verlassen der Schule:

Wie war Ihre schulische Entwicklung? Gab es Schwierigkeiten?

Welcher Schulabschluss:

Weitere Ausbildungen (auch unvollständige):.....

Wo lagen Ihre Stärken (1) bzw. Schwächen (2) in der Schule?

Welches waren prägende Erlebnisse für Sie als junger Mensch?

Unterstreichen Sie alles, was für Ihre Kindheit zutrifft:

Nächtliches Aufschrecken, Bettnässen, Schlafwandel, Ängste, Nägelkauen, Daumenlutschen, Stottern, Probleme im sexuellen Bereich, Jähzorn

Gab es sonstige Auffälligkeiten in Ihrer Kindheit oder von anderen Ihnen zugeschriebene typischen Verhaltensweisen?

Gesundheitszustand während der Kinder- und Jugendzeit?

Operationen oder längerer Krankenhausaufenthalte:
(Aufzählung mit Altersangabe)

Anders begründete zeitweilige Trennungen vom Elternhaus:

Irgendwelche Unfälle:

Was waren Ihre bevorzugten Spiele und Interessen während der Kindheit?

Wie war Ihr Kontakt zu Mitschülern?

Beziehungen zu Gleichaltrigen während Kindheit und Jugend (Außenseiter, Führer, Spitznamen)

Welche Rolle nahmen Sie in der Familie ein? (Beschreibung evtl. mit Beispiel)

Haben Eltern, Freunde oder Verwandte Ihre Entscheidungen zu Beruf/ Partnerschaft wesentlich beeinflusst? Worin bestand der Einfluss?

Wie verlief die Ablösung vom Elternhaus? (Beschreibung, evtl. Beispiele)

Wie lange haben Sie zuhause gewohnt?

Welche waren und sind für Sie die bedeutenden Menschen in Ihrem Leben?

Erinnern Sie sich an weitere wichtige, furchterregende oder quälende Erfahrungen, die Sie in diesem Bogen bisher noch nicht erwähnt haben, von denen Sie glauben, sie könnten für die Therapie wichtig sein?

VERTRAULICH

2. Lebenssituation

3.1. Privater Bereich

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

Beschreiben Sie kurz Ihren normalen Tagesablauf:

Mit wem leben Sie zusammen? (Es sollten möglichst alle Personen aufgeführt werden)

Welche Hobbies und Freizeitaktivitäten spielen bei Ihnen eine Rolle?

- Im Alltag:

-

- In den Ferien:

Hatten Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Mit wem verbringen Sie vorwiegend Ihre Freizeit? (Bitte ankreuzen)

Eher viel eher weniger

Allein

Mit Ihrem Partner

Mit Verwandten

Mit eigenen Freunden

und Bekannten

Mit gemeinsamen Freunden

Wie gut kommen Sie mit anderen Menschen in Kontakt?

Partner/in Alter: Name:

Wie lange kennen Sie Ihre/n jetzige/n Partner/in?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze zwischen Ihnen (1), und wo liegen Ihre Gemeinsamkeiten (2)?

Weiß Ihr/e Partner/in über Ihre Schwierigkeiten Bescheid?

Wenn ja wie steht er/sie dazu?

Haben Sie Kinder? Bitte zählen Sie sie in zeitlicher Reihenfolge auf:

Name, Alter, Geschlecht, welche Kinder entstammen aus einer früheren Ehe/ Partnerschaft?

Bitte führen sie auch Fehlgeburten auf.

Machen Sie bitte Angaben über frühere Ehen und Partnerschaften, die für Sie wichtig waren; woran sind diese ggf. gescheitert?

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Partnerschaft?

Haben Sie heute noch weitere Menschen, die Sie unterstützen?

3.2. Beruflicher Bereich

Art Ihrer gegenwärtigen Tätigkeiten:

Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie? Wie weit ist Ihr Arbeitsplatz entfernt?

Stellung/ Position

Befriedigt Sie Ihre Arbeit, die Sie zurzeit ausüben? Wenn nicht, warum sind Sie unzufrieden?

Beziehungen zu Kollegen

Beziehungen zu Vorgesetzten

Welche Einstellungen hat Ihr Partner zu Ihrem Beruf?

Eventuelle frühere Berufe oder Ausbildungen (auch Studienfächer) mit Angabe des Alters und Zeitraumes

Welche Ziele haben Sie bezüglich Ihrer beruflichen Entwicklung? (Stellen-/ Berufswechsel?)

Wie viel Geld steht Ihnen monatlich zur Verfügung?

Was kostet Ihr Lebensunterhalt?

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen? Warum gerade diese?

3.3. Körperlicher Bereich

Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Körperlichkeit, zur Sexualität (1)? Wurden Sie aufgeklärt (2)?
Wurde über sexuelle Themen gesprochen und in welcher Form (3)?

(1)

(2)

(3)

Wann und durch wen haben Sie erstmals von sexuellen Dingen gehört?

Wann wurden Ihnen Ihre eigenen sexuellen Gefühle das erste Mal bewusst?

Wann hatten Sie erste sexuelle Kontakte mit anderen?

Können Sie ihre Sexualität genießen? (Bitte unterstreichen)

Überwiegend ja überwiegend nein

Gab oder gibt es für Sie unangenehme sexuelle Erlebnisse? Wenn ja welche?

Was ist Ihnen an Ihren ersten sexuellen Erfahrungen heute noch wichtig?

War Körperlichkeit und Sexualität (auch Selbstbefriedigung) für Sie jemals mit Angst oder Schuldgefühlen verbunden?

Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Essmengen zu kontrollieren?

Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen?

Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben Sie extrem viel Sport?

Für Frauen: Fragen zur Menstruation:

Ihr Alter bei Ihrer ersten Periode.....

Waren Sie darauf vorbereitet und informiert? Oder hat es Sie erschreckt?

Für Frauen: Ist ihr Zyklus regelmäßig?

Beeinflusst die Periode Ihre Befindlichkeit?

Ist Verhütung oder Furcht vor Schwangerschaft ein Problem für Sie oder früher gewesen?

Schildern Sie mithilfe der Fragen das Bild, das Sie von sich haben. Verlassen Sie sich auf Ihr eigenes Wissen und Ihre Erfahrung, fragen Sie nicht nach.

Wie glauben Sie, werden Sie von anderen gesehen? Nennen Sie mindestens drei charakterliche Eigenschaften (evtl. auf Extrablatt fortsetzen).

1. Von ihrem Partner/ Ihrer Partnerin

2. Von Ihrem besten Freund/ Ihrer besten Freundin

3. Von Ihrem schlimmsten Feind bzw. jemanden, der Sie nicht leiden kann

4.a. Was schätzen Sie an sich selbst?

4.b. Was mögen Sie an sich nicht?

Wem können Sie heute vertrauen?

Wer vertraut Ihnen?

VERTRAULICH

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze

Ich bin ein Mensch, der

.....

Während meines ganzen Lebens

.....

Ich bin stolz

.....

Es fällt mir schwer zuzugeben

.....

Ich kann nicht verzeihen

.....

Ich fühle mich schuldig, weil

.....

Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Ansehen machen würde,

.....

Eine der Arten, wie andere mir wehtun, ist,

.....

Ich schäme mich

.....
Mutter war immer

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

.....
Wenn ich keine Angst hätte, „ich selbst“ zu sein,

.....
Ich ärgere mich

.....
Was ich von meinem/r PartnerIn brauche, aber nicht bekomme, ist

.....
Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist

.....
Ein Weg, wie ich mir selbst helfen könnte, es aber nicht tue, ist

.....
Einer der Vorteile daran, mein Problem zu haben, ist

.....
Ich erinnere mich gern

.....

Unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft

Bin wertlos, ein Niemand, dumm, inkompetent, naiv, mache nichts richtig, bin schuldig, böse, liege moralisch falsch, habe schreckliche Gedanken, bin feindlich, voller Hass, ängstlich getrieben, selbstunsicher, aggressiv, hässlich, unattraktiv, abstoßend, deprimiert, einsam, voller Scham, ungeliebt, unverstanden, langweilig, ohne Hoffnung, ruhelos, verwirrt, im inneren Konflikt, gelangweilt, voller Ablehnung, wertvoll, sympathisch, attraktiv, intelligent, optimistisch, vernünftig, voller Zuversicht

Anderes:

.....

Schreiben Sie Ihre drei größten Ängste auf

1.

2.

3.

VERTRAULICH

5. ZIELE UND WÜNSCHE

Bitte schätze Sie ein, wie schwerwiegend Ihr Problem für Sie ist:

leicht störend mittelschwer sehr schwer unerträglich

Wie groß ist ihr Wunsch nach therapeutischer Behandlung? Ihre Antwort beeinflusst nicht den Beginn der Behandlung (zutreffendes unterstreichen).

Sehr dringend, dringend, mäßig, wenn nötig, ginge es auch ohne Behandlung

Was erwarten Sie von der Therapie? Welche Ziele möchten Sie erreichen (im Einzelnen aufzählen)

Wie muss eine zwischenmenschliche Begegnung oder Situation sein, damit Sie sich wohl fühlen?

- Damit Sie sich unbehaglich fühlen?

Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der/ die Therapeut/in haben?

Gibt es weitere persönliche Ziele im Leben, die Sie in nächster Zeit anstreben wollen?

Was kann Ihrer Meinung nach die Therapie für Sie leisten?

Was haben Sie schon alles getan, um Ihr Ziel zu erreichen und/ oder das Problem zu lösen? Und mit welchem Erfolg?

Wenn Sie 3 Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

- 1.
- 2.
- 3.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, möglichst frühzeitig, zumindest aber 1 Tag vor dem Termin abgesagt werden müssen. Nicht abgesagte versäumte Termine können privat berechnet werden, sofern der Termin nicht durch einen anderen Patienten belegt werden kann.

Datum:.....

Unterschrift:.....

VERTRAULICH