

Fragebogen wurde ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zu Ihrer Lebens- und Vorgeschichte

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir möchten mit diesem Fragebogen einen umfassenden Eindruck Ihrer Lebensgeschichte erhalten. Durch das vollständige und genaue Ausfüllen der folgenden Seiten können wir Sie besser kennen lernen. Das fördert Ihre Behandlung. Beantworten Sie bitte alle Fragen konzentriert und in Ruhe.

Streichen Sie auf den folgenden Seiten die nicht auf Sie zutreffenden Fragen einfach durch.

***Fragebögen bitte nicht heften!***

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Persönliches

PATIENTENNAME, NACH-/VOR-:

GEBURTSDATUM:

WOHNHAFT:

TELEPHON:

MOBIL:

E-MAIL:

## Standardisiertes Aufnahmeinterview, Psychotherapeutischer Teil:

Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre fünf wichtigsten Probleme und Beschwerden derentwegen Sie Behandlung suchen. Geben Sie hinter jedem Problem eine Gewichtung von 1 bis 10 an. 10 bedeutet „extrem“, 1 bedeutet „leicht“

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

Schildern Sie kurz, wann Ihre Probleme/Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind, und wie sie sich bis heute weiterentwickelt haben:

Wie versuchten Sie sich bisher selbst zu helfen? An wen haben Sie sich bisher gewandt? (Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen, Freunde etc.)

## I. Fragen zur Familie

Alter des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Gesundheit \_\_\_\_\_

Falls verstorben, wann: \_\_\_\_\_ woran? \_\_\_\_\_ Ihr Alter zu der Zeit: \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters oder Pflegevaters. Nennen Sie seine 5 wichtigsten Eigenschaften:**

---

---

---

**Beschreiben Sie seine Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit / Jugend (Wie behandelte er Sie?)**

---

---

---

**Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem Vater heute?**

---

---

---

Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Gesundheit \_\_\_\_\_

Falls verstorben, wann: \_\_\_\_\_ woran? \_\_\_\_\_ Ihr Alter zu der Zeit: \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter. Nennen Sie ihre 5 wichtigsten Eigenschaften:**

---

---

---

**Beschreiben Sie ihre Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit/Jugend (Wie behandelte sie Sie?)**

---

---

---

**Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter heute?**

---

---

---

**Bitte listen Sie Alter, Beruf und Familienstand Ihrer Geschwister auf:**

---

---

---

**Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern:**

**Früher:** \_\_\_\_\_

---

---

**Heute:** \_\_\_\_\_

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

Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern akzeptiert?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt?
-------------------------------------	---	--

**Auf welche Weise wurden Sie von Ihren Eltern gelobt?**

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

**Auf welche Weise wurden Sie von Ihren Eltern bestraft?**

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

**Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:**

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

## **II. Fragen zur Gesundheit**

**Befinden Ihrer Mutter während der Schwangerschaft, soweit Ihnen bekannt:**

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

**Unterstreichen Sie bitte, welche Begriffe auf Ihre Kindheit zutreffen:**

- |                           |                     |                    |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| Alpträume                 | Bettnässen          | Schlafwandeln      |
| Daumenlutschen            | Nägelkauen          | Hautknabbern       |
| Stottern                  | Ängste              | Alleinsein         |
| häufige Krankheiten       | glückliche Kindheit | unglückl. Kindheit |
| Sonstige Auffälligkeiten: |                     |                    |

---



---

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen:

<p><b>0 – 3 Jahre:</b> (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)</p>	
<p><b>3 – 6 Jahre:</b> (z.B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen)</p>	
<p><b>6 – 10 Jahre:</b> (z.B. Einschulung, Beziehung zu Eltern, Lehrern, Erziehern)</p>	
<p><b>10 – 15 Jahre:</b> (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften usw.)</p>	
<p><b>15 – 20 Jahre:</b> (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung von dem Elternhaus)</p>	
<p><b>20 – 25 Jahre:</b> (z.B. Partnersuche, Selbständigkeitsentwicklung usw.)</p>	
<p><b>ab dem 25 Lebensjahr:</b></p>	

### III. Fragen zur Menstruation / Fragen zur ersten Ejakulation:

**Für Frauen:** Alter bei der ersten Periode? Waren Sie darauf vorbereitet und informiert oder kam es als Schockerleben?

---

---

Sind die Perioden regelmäßig? Dauer der Periode? Haben Sie Schmerzen?

---

---

Beeinflußt die Periode Ihre Stimmung? Wie?

---

---

**Für Männer:** Alter der ersten Erektion und Ejakulation? Waren Sie darauf vorbereitet und informiert oder kam es als Schockerleben?

---

---

**Für beide Geschlechter:** Konnten Sie mit jemandem über Ihre Eindrücke sprechen? Mit wem?

---

---

### IV. Fragen zur Sexualität:

**Wann und auf welche Weise wurden Ihnen zum ersten Mal Ihre eigenen sexuellen Impulse bewußt?**

---

---

---

**Wann und von wem haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört?**

---

---

---

**Wurden Sie aufgeklärt? Wie? In welcher Form?**

---

---

---

**Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität?**

---

---

---

**Welche Ängste und Schuldgefühle hatten Sie schon einmal auf Grund sexueller Gefühle (z. B. bei der Selbstbefriedigung)? Bitte beschreiben:**

---

---

---

**Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Details Ihrer ersten sexuellen Erfahrung:**

---

---

---

**Welche hetero- oder homosexuellen Erfahrungen gibt es für Sie?**

---

---

---

**Wo liegen auf sexuellem Gebiet Ihre Hemmungen?**

---

---

---

**Ist Ihr momentanes Sexualleben befriedigend? Falls nicht, geben Sie bitte Informationen, weshalb:**

---

---

---

**Häufigkeit, Zufriedenheit und Einstellung zur Masturbation?**

---

---

---

**Gibt es Verhaltensweisen, die Sie in der Sexualität mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin verändern wollen? Welche?**

---

---

---

**Welche sexuellen Mythen/Erwartungen/Anforderungen stellen Sie an sich selbst und an Ihren Partner/Ihre Partnerin?**

---

---

---

**V. Schulischer Werdegang:**

**Tragen Sie bitte in der folgenden Tabelle Ihre Schulzeiten ein:**

Schultyp	von/bis	Klasse wiederholt	Umzug/Krankheit
----------	---------	-------------------	-----------------

---

---

---

---

---

Alter bei Schulbeginn? \_\_\_\_\_

Welcher Schulabschluß? \_\_\_\_\_

Wann und wo erlangt? \_\_\_\_\_

In welchem Alter? \_\_\_\_\_

Lernschwächen? \_\_\_\_\_

Wie waren die Noten? \_\_\_\_\_

Gab es Phasen unterschiedl. Leistung? \_\_\_\_\_

In welchen Fächern waren Sie gut? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Lieblingsfächer? \_\_\_\_\_

Wie waren die Noten darin? \_\_\_\_\_

Freunde in den Klassen? \_\_\_\_\_

Kontakt zu Mädchen u. Jungen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie guten Kontakt zu Lehrern? \_\_\_\_\_

Welche Ausbildung haben Sie gewählt? \_\_\_\_\_

Geschah dies auf Wunsch der Eltern? \_\_\_\_\_

Stimmen heutiger Beruf und damaliger  
Berufswunsch überein? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Vorbilder in Ihrer Kindheit? \_\_\_\_\_

Konnte man Sie hänseln? Spitznamen? \_\_\_\_\_

**Falls Sie qualifizierende Ausbildungen begonnen haben (Studium, Fachabitur, Krankenpflegeschulen etc.), tragen Sie bitte Richtung, -ort, -dauer und den Abschluß in die Tabelle ein:**

Richtung	Ort/Dauer	Abschluß
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Wie war der Kontakt zu Kommilitonen/Kollegen?**

---

---

---

**VI. Beruflicher Werdegang**

**Welchen Beruf haben Sie erlernt?** \_\_\_\_\_

**Welchen Beruf üben Sie aus; seit wann?** \_\_\_\_\_

**Welche Stellungen hatten Sie bis heute inne:**

Stellung alt                      Arbeitgeber                      von/bis                      Gründe f. Wechsel

---

---

---

---

---

**Bitte ankreuzen:**

**Ja / Nein**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie mit Ihrer jetzigen Stellung zufrieden?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie mit den Arbeitsbedingungen zufrieden?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arbeiten Sie mit gefährlichen Stoffen?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie zu Vorgesetzten eine gute Beziehung?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie zu Kollegen eine gute Beziehung?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sind Sie jemals wegen Betriebsaufgabe entlassen worden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie aufsteigen und sich verbessern?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erfüllen Sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie unregelmäßige Arbeitszeit oder Schichtdienst? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Finanzielle Lage (Zutreffendes bitte unterstreichen):**

Sehr gut

Zufriedenstellend

Knapp

Nicht ausreichend

Was verdienen Sie netto?

\_\_\_\_\_

Wieviel benötigen Sie für den Lebensunterhalt?

\_\_\_\_\_

Was streben Sie finanziell an?

\_\_\_\_\_

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

\_\_\_\_\_

Was sind Ihre heutigen Ziele?

\_\_\_\_\_

**Für Männer:** Haben sie Wehrdienst geleistet?

Ja  Nein

In welcher Funktion

\_\_\_\_\_

Haben Sie Zivildienst geleistet?

Ja  Nein

**Für Frauen:** Machen Sie selbst die ganze Hausarbeit?

Ja  Nein

Arbeiten Sie auch außer Haus?

\_\_\_\_\_

Falls ja, welche Arbeit?

\_\_\_\_\_

Falls nein, würden Sie gerne?

\_\_\_\_\_

**VII. Fragen zur Ehe/Beziehung**

Alter des Partners/der Partnerin?

\_\_\_\_\_

Sein/Ihr Beruf?

\_\_\_\_\_

Wie lange sind Sie verheiratet/befreundet?

\_\_\_\_\_

Wie lange kannten Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin

vor der Eheschließung?

\_\_\_\_\_

Waren Sie verlobt?

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie lange?

\_\_\_\_\_

**Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin mit eigenen Worten:**

---

---

---

**In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?**

---

---

---

**In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?**

---

---

---

**Wie sieht Ihre gemeinsame Freizeit- und Urlaubsgestaltung aus?**

---

---

---

**Wie beurteilen Sie Ihre/n persönliche/n Unabhängigkeit/Freiraum innerhalb der Ehe/  
Partnerschaft:**

---

---

---

**Wie werden in Ihrer Ehe/Beziehung Entscheidungen getroffen (Anschaffungen etc.)?**

---

---

---

**Welchen Einfluß übt Ihre Berufstätigkeit auf die Ehe/Partnerschaft aus?**

---

---

---

**Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner/Ihre Partnerin entwickeln, um die Beziehung zu verbessern?**

---

---

---

**Welche Verhaltensweisen möchten Sie gerne erlernen, um die Beziehung von Ihrer Seite aus zu verbessern?**

---

---

---

**Welche Verhaltensweisen würde Ihr Partner/Ihre Partnerin gerne häufiger bei Ihnen sehen?**

---

---

---

**In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?**

---

---

---

**Welche Ihrer Verhaltensweisen stören Sie selbst so sehr, dass Sie froh wären, wenn Sie weniger häufig aufträten?**

---

---

---

**Welche Ihrer Verhaltensweisen stören Ihren Partner/Ihre Partnerin so sehr, dass er/sie froh wäre, wenn Sie sich weniger häufig so verhalten würden?**

---

---

---

**Wie kommen Sie mit den Verwandten des Partners aus?**

---

---

---

**Bitte machen Sie kurze Angaben über frühere Ehen/Beziehungen und deren Verlauf. Verwenden Sie, falls der Platz nicht ausreicht, bitte gesonderte Blätter:**

---

---

---

---

---

---

---

**Haben Sie Kinder?**      Ja       Nein

**Wenn ja, zählen Sie bitte in chronologischer Reihenfolge auf: Name, Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand. Welche Kinder stammen aus früheren Ehen/Beziehungen? Bitte führen Sie auch Fehlgeburten und Abtreibungen auf:**

---

---

---

---

---

---

---

## VIII. Selbstbeurteilung

**Schließen Sie schnell Freundschaften? Halten Ihre Freundschaften lange an?**

---

---

---

**Wie beschreibt Sie ein Freund von Ihnen?**

---

---

---

---

---

**Wie beschreiben Sie sich selbst?**

---

---

---

---

---

**Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?**

---

---

---

**Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern? Was hindert Sie, die gewünschten Veränderungen vorzunehmen?**

---

---

---

**In welchen Situationen treten Ihre Probleme/Schwierigkeiten häufiger auf?**

---

---

---

**In welchen Situationen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf?**

---

---

---

**In Krisen können auch Chancen oder ein positiver Sinn liegen. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?**

---

---

---

**Was möchten Sie mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise haben, wenn Sie sich nicht mehr so mit Ihrem Problem beschäftigen müssen?**

---

---

---

**Unterstreichen Sie, welche der Beschreibungen auf Sie zutreffen:**

wertlos	nutzlos	ein Niemand	Leben ist sinnlos
unangemessen	dumm	inkompetent	naiv
schuldig	böse	feindlich	machte nichts richtig
voller Haß	ängstlich	getrieben	schlechte Gedanken
selbstunsicher	neigt zur Panik	aggressiv	häßlich
unattraktiv	abstoßend	deformiert	nicht liebenswert
einsam	ungeliebt	mißverstanden	ohne Hoffnung
mißtrauisch	verletzt	einsam	zweiflerisch
gelangweilt	ruhelos	verwirrt	keine Zuversicht
in Konflikt	voll Ablehnung	wertvoll	sympathisch
attraktiv	intelligent	optimistisch	vernünftig
voller Hoffnung	beliebt	umworben	wichtig

Sonstiges:

---

## **Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten**

Was können Sie gut?

---

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

---

Was beruhigt Sie?

---

## **Wieviel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen**

**Sie selbst? (0 – 100%)** \_\_\_\_\_

**Andere? (0 – 100%)** \_\_\_\_\_

## **Defizite, Schwächen, fehlende Strategien**

Welche Anforderungen Ihres Lebens können Sie besonders schwer erfüllen?

---

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

---

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

---

Was vermeiden Sie?

---

**Wenn sich die Probleme/Schwierigkeiten besonders bemerkbar machen: Welche Gedanken können Sie aus solchen Momenten erinnern?**

---

---

---

**Wie handeln Sie dann konkret?**

---

---

---

**Wie schätzen Sie die Folgen Ihres Handelns ein?**

---

---

---

**Für wie schwerwiegend halten Sie Ihr Problem? (Bitte unterstreichen!)**

leicht störend                      mittelschwer                      sehr schwer  
extrem schwer                      unerträglich

**Dachten Sie irgendwann einmal an Selbstmord? Wenn ja, wann, wie oft?**

**Selbstmordversuche?**

---

---

---

**Befanden Sie sich bereits in stationärer oder ambulanter psychologischer/psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?**

**Wenn ja, wann und bei wem?**

---

---

---

## **IX. Fragen zur Therapieerwartung**

**Was ändert sich für Sie konkret, wenn die Therapie ein voller Erfolg wird?  
(Bitte hier ausführlich antworten und – wenn möglich – keine Allgemeinphrasen verwenden.)**

---

---

---

**Was an Ihrem Verhalten würden Sie gerne ändern?**

---

---

---

**Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?**

---

---

---

**Wie würden Sie eine ideale Beziehung mit dem Therapeuten beschreiben?**

---

---

---

**Wer steht Ihrer therapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?**

---

---

---

Wir danken Ihnen für die ausführliche Beantwortung der Fragen. Falls Sie zu einigen Fragen ausführlicher Stellung nehmen möchten, nutzen Sie die Rückseiten dieses Fragebogens.