

Sehr geehrte Klient:in, sehr geehrte Patient:in, Sehr geehrte Kund:in!
Sehr geehrte Damen und Herren!

Die folgenden Informationen helfen mir, ein erweitertes Verständnis für Ihre Lebenssituation, von Ihrem Gesundheitszustand sowie den möglichen Ursachen und Bedingungen für Ihre Beschwerden zu gewinnen. Dieser Fragebogen sollte deshalb von Ihnen alleine ausgefüllt werden. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und ausführlich bzw. kreuzen Sie die jeweils Zutreffende der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Sie können auch weitere Bemerkungen am Rand oder auf zusätzlichen Seiten hinzufügen. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Datum:

Persönliche Angaben:

Name/ Vorname:

Telefon

Adresse:

.....

Derzeitige Wohnsituation (z.B. alleine, mit Partner, bei Eltern, WG):

.....

Geburtsdatum/ Geburtsort:

Schulbildung:

höchster Schulabschluss:

erlernter Beruf oder Studium:

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: seit(Jahr)

Arbeitslosigkeit o. Arbeitsplatzwechsel in den letzten 2 Jahren? ja nein

Welche sozialen Belastungsfaktoren haben Sie? (z.B. Probleme am Arbeitsplatz, familiäre, finanzielle oder partnerschaftliche Probleme, gerichtliche Verfahren, soziale Isolation)

.....
.....
.....
.....
.....
.....



Ihre Fähigkeiten und Stärken

Wo sehen Sie Ihre Stärken?

Mit welchen Bereichen Ihres Lebens sind Sie am zufriedensten?

Welche Ihrer Eigenschaften werden von anderen positiv bewertet?

Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (z.B. „ich bin ruhig, zurückgezogen, stehe gern im Mittelpunkt ,...“)

Welche Hobbys haben Sie?

Was tut Ihnen wirklich gut?

Wie viel Zeit nehmen Sie sich für sich pro Woche?

Ihre Beschwerden/ Probleme

Beschreiben Sie die wichtigsten psychischen Probleme, deretwegen Sie zur Therapie kommen wollen.

Psychiatrische und Psychotherapeutische Vorbehandlungen (ambulant und/oder stationär)

Wann	Wo	Anlass

Sind sie derzeit in stationärer Behandlung? ja nein

Falls ja: Klinik: Station:
seit:

Therapieziele

Was wollen Sie mit der Therapie erreichen oder verbessern?

Ihre Herkunftsfamilie

Name der Mutter: Alter:

Beruf der Mutter:

Falls Ihre Mutter verstorben ist, wann ist sie verstorben? Was war die Todesursache?

Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Mutter und Ihre Beziehung zu ihr.

Name des Vaters: Alter:

Beruf des Vaters:

Falls Ihr Vater verstorben ist, wann ist er verstorben? Was war die Todesursache?

Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten Ihren Vater und Ihre Beziehung zu ihm.

Falls Sie Geschwister oder Halbgeschwister haben, nennen Sie bitte deren Namen und Alter.

Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Geschwister und Ihre Beziehung zu ihnen.

Beschreiben Sie bitte in einigen Stichworten Ihre Kindheit

Gab es besonders einschneidende Ereignisse oder Geschehnisse?

Wer war die wichtigste Person in Ihrer Kindheit?

Worauf wurde in Ihrer Familie Wert gelegt?

Welche körperlichen oder seelischen Krankheiten (auch Suchterkrankungen) gab bzw. gibt es in Ihrer Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister, Großeltern)?

Beziehungen

Leben Sie in einer festen Partnerschaft? ja nein
Falls ja, beschreiben Sie diese kurz.

Name des/ der Partner:in : Alter:
Beruf des/ der Partner:in:

Beschreiben Sie bitte andere wichtige Partnerschaften und Beziehungen in Ihrer Vergangenheit.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

Haben Sie Kinder? ja nein
Namen, Alter und Geschlecht:

Falls Sie Kinder haben, beschreiben Sie bitte Ihre Beziehung zu ihnen.

Belastungen

In welchen Bereichen waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren besonderen Belastungen oder schwierigen Situationen ausgesetzt (z.B. Arbeit, Finanzen, Gesundheit, Partnerschaft, ...)?

Haben Sie sich selbst einmal bewusst Verletzungen zugefügt? ja nein
Falls ja, warum, wann und auf welche Art?

Haben Sie Selbstmordversuche unternommen? ja nein
Falls ja, warum, wann und auf welche Art?

Gab es besonders einschneidende Belastungen, Verluste o.ä. in Ihrem Leben? ja nein
Falls ja, welcher Art?

Haben Sie belastende Erinnerungen im sexuellen Bereich? ja nein
Falls ja, welcher Art?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich? Wie oft nehmen Sie diese ein?

.....
.....
.....
.....

Wie viel Mengen Alkohol nehmen Sie durchschnittlich am Tag oder wöchentlich zu sich?

.....

Rauchen Sie? Was und wie viel?

Wie viel Tassen Kaffee trinken Sie täglich?

Konsumieren oder konsumierten Sie illegale Drogen? ja nein

Falls Ja, welche Drogen und wie häufig?

.....

.....

Wann haben Sie zuletzt konsumiert?

Gibt es Besonderheiten in Ihrem Essverhalten? ja nein

Bitte beschreiben Sie ggf. welche Besonderheiten vorhanden sind.

Welche Lösungsversuche/ Massnahmen gegen Ihre Belastungen haben sie bereits unternommen?

Bitte beschreiben Sie diese und wie bewerten Sie deren Erfolg?

Psychosomatik

Haben Sie Probleme mit/ bei:

- der Haut (z.B. Ausschläge, Juckreiz, Schwitzen, Trockenheit)?
ja nein
- der Verdauungsorgane (z.B. Blähungen, Völlegefühl, Verstopfung)?
ja nein
- der Sexualität
ja nein
- des Kreislaufs (kalte Hände/Füße, schwarz vor Augen, Herzklopfen, Schwindel)
ja nein
- der Immunabwehr/ den Atemwegen (häufige Erkältungen, Schnupfen, Hustenreiz)
ja nein
- dem Bewegungsapparat (Verspannungen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkungen)
ja nein
- Haben Sie nervöse Beschwerden (Störungen des Schlafs, Unruhe, Angstzustände, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit)?
ja nein
- Andere:
ja nein

Ziele

Welche Pläne haben Sie in den kommenden 5 Jahren? (Nennen Sie mindestens 5 Punkte)

Welche Highlights gab es in Ihrem Leben in den letzten 5 Jahren?

Weiteres Wichtiges

Möchten Sie mir weitere wichtige Aspekte in mitteilen?

Vielen Dank!