

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Teil I: Demographische Daten

Dieser Fragebogen dient zur Erfassung von Daten, wie sie vor jeder Therapie erhoben werden müssen. Diese Form der Datenerhebung dient dazu, gerade zu Beginn der Psychotherapie die Zeit für Fragen zu sparen, die für den Moment keine *unmittelbare Wichtigkeit* haben. So bleibt genügend Zeit für Fragen und Themen, die für Sie wichtig sind.

Alle Therapieunterlagen und Informationen, also auch dieser Fragebogen, sind absolut vertraulich. Kein*e Außenstehende*r erhält ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung Zugang zu diesen Informationen!

Alle Angaben, die Sie machen, sind freiwillig. Etwas aufzuschreiben kann manchmal leichter fallen, als jemand anderem gegenüber davon zu berichten. Wenn Sie eine Frage aber nicht beantworten können oder möchten, so ist dies auch in Ordnung und hat keine Auswirkung auf die Therapie.

☐ Ich habe die Einleitung am [] gelesen und willige in die Erfassung meiner Daten mittels dieses Fragebogens ein.

1. Adresse und wichtige Daten

Name:

Adresse:

Telefon (Festnetz): Geburtsdatum:

Telefon (Handy): E-Mail:

Religion: Aktiv: ☐ Ja
☐ Nein

Berufstätig: ☐ Ja ☐ Nein Beruf:

Familienstand:

☐ ledig, allein ☐ ledig, mit feste/r Partner/in seit
☐ verheiratet seit ☐ getrennt lebend seit
☐ verwitwet seit ☐ geschieden seit

Wohnverhältnisse: Mit wem leben Sie zusammen?

2. Daten aus der Lebensgeschichte

Geburtsort:

Art des Schulabschlusses und / oder höchster erreichter Abschluss:

(Abgeschlossene) Berufsausbildung:

Studienfach/Universität:

Ihre Herkunftsfamilie

Vater: Alter:

Beruf:

Falls Ihr Vater bereits verstorben ist: Wann starb er und was war die Ursache?

Mutter: Alter:

Beruf:

Falls Ihre Mutter bereits verstorben ist: Wann starb sie und was war die Ursache?

Geschwister (einschl. Sie selbst):

	<u>Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Geschlecht:</u>
1. Kind:			
2. Kind:			
3. Kind:			
4. Kind:			

Partnerschaft und Ehe

Partner/in Alter:

Beruf:

Wie lange sind Sie verheiratet/befreundet?

Wie lange kennen Sie Ihre/n Partner/in?

Kinder:

	<u>Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Geschlecht:</u>
1. Kind:			
2. Kind:			
3. Kind:			
4. Kind:			

3. (Vor-) Behandlung und Medikation

Von wann bis wann befanden Sie sich in ambulanter bzw. stationärer psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Behandlung?

<u>Zeitraum</u>	<u>Name des/der Behandler*in/ der Klinik</u>	<u>Art der Behandlung</u>

Welche Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Heilpraktiker*innen etc. sind derzeit an der Behandlung beteiligt (Name, Anschrift):

Nehmen Sie regelmäßig / unregelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

<u>Medikament</u>	<u>Dosis</u>	<u>Seit wann</u>	<u>Regelmäßig</u>	<u>Bei Bedarf</u>	<u>Ärztlich verordnet</u>	<u>Selbst verordnet</u>
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

Sind Sie derzeit krankgeschrieben?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, aufgrund welcher Problematik?

Haben Sie vor, einen Rentenantrag zu stellen bzw. läuft derzeit ein Rentenverfahren?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja: Seit wann und aufgrund welcher Problematik (körperlich/psychisch)?

4. Angaben zur körperlichen Gesundheit

Ihre Größe:

Ihr Gewicht:

Gibt es Besonderheiten hinsichtlich Ihres Essverhaltens?

Welche körperlichen Erkrankungen haben/ hatten Sie bisher?

Gibt es chronische Erkrankungen? (Bluthochdruck, Schilddrüsenfunktionsstörungen usw.)

Gibt oder gab es wichtige Informationen zur Ihrer körperlichen Gesundheit, die für die Therapie relevant sein könnten?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?

Wie viel Kaffee trinken Sie täglich?

Welche Mengen Alkohol trinken Sie durchschnittlich am Tag oder wöchentlich?

Konsumieren Sie (gelegentlich oder regelmäßig) legale oder illegale Drogen?

5. Problembezogene Angaben

Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, wegen denen Sie zur Therapie kommen:

Wann traten Ihre Beschwerden erstmals auf und wie haben Sie sich bis jetzt entwickelt?

Welche Vermutungen haben *Sie selbst* über die Ursachen und den Verlauf Ihrer Probleme?

Was haben Sie schon versucht, um Ihre momentanen Probleme zu bewältigen?

6. Zur Therapie

Was erhoffen Sie sich konkret von der Therapie? Was an Ihrem Verhalten würden Sie gerne ändern? Was sind Ihre Therapieziele?

Welche (persönlichen) Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der / die ideale Therapeut*in haben?

Wie sollte der ideale Umgang in der Therapie miteinander sein?

Wie lange, glauben Sie, sollte die Therapie dauern?

Gibt es sonst noch etwas, was bzgl. Ihrer Person, Ihres Problems und der Therapie wichtig zu wissen ist bzw. was Sie mir mitteilen wollen?

Herzlichen Dank!

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Teil II: Problembezogene Daten

Es ist die Aufgabe dieses Fragebogens, einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind für wissenschaftlich begleitete Therapie notwendig, um die jeweiligen Probleme möglichst gründlich bearbeiten zu können. Indem Sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie ggf. die Therapie.

Wichtig für Sie zu wissen ist, dass alle Therapieunterlagen und persönliche Informationen, also auch die Daten dieses Fragebogens, absolut vertraulich sind. Kein Außenstehender und keine Außenstehende (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin) erhält ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung Zugang zu diesen Informationen!

Sollte Ihnen der vorhandene Platz für die Beantwortung einer Frage nicht ausreichen, können Sie die leere Seite am Ende dieses Fragebogens dafür verwenden. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, schreiben Sie bitte: „Möchte ich nicht beantworten.“

☐ Ich habe die Einleitung zu Teil II am gelesen und willige in die Erfassung meiner Daten mittels dieses Fragebogens ein.

Kindheit und Jugend

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft und dem Geburtsverlauf, soweit bekannt ist:

- ☐ Nicht bekannt ☐ Ohne Komplikationen
☐ Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt:

Ich erinnere mich an folgende Schwierigkeiten oder Besonderheiten in meiner Kindheit: (z.B. Ängste, Stottern, Bettnässen u.ä.)

Alter (von - bis)

Schwierigkeiten/Besonderheiten

Meine Kindheit erlebte ich als (bitte kreuzen sie an):

unglücklich

glücklich

1 ☐ ----- 2 ☐ ----- 3 ☐ ----- 4 ☐ ----- 5 ☐ ----- 6 ☐ ----- 7 ☐ ----- 8 ☐

Gesundheitszustand während der Kindheit / Jugend (bes. Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Klinikaufenthalte) – Bitte mit Altersangabe, (bleibende) Beeinträchtigungen:

Spiele, Interessen, Hobbys, sportliche Neigungen während Kindheit / Jugend:

An folgende positive Ereignisse in Kindheit und Jugend erinnere ich mich gerne:

Schule und Ausbildung

Alter bei Schulbeginn und Alter bei Verlassen der Schule

Art des Schulabschlusses:

Wie war der Kontakt zu Ihren MitschülerInnen?

Stärken und Schwächen in der Schule:

Nennen Sie Berufsausbildung, berufliche Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge:

Stellt Sie ihre momentane Tätigkeit zufrieden? Fall *nein*, womit sind sie unzufrieden?

Wie beurteilen Sie aktuell ihre finanzielle Situation?

☐ gut ☐ befriedigend ☐ problematisch, weil:

Ihre Herkunftsfamilie

Vater: Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres (Pflege-) Vaters und seine Einstellung zu Ihnen:

Früher:

Heute:

Mutter: Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer (Pflege-) Mutter und ihre Einstellung zu Ihnen:

Früher:

Heute:

Geschwister: Beschreiben Sie bitte die Beziehungen zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern:

Früher:

Heute:

Das Klima im Elternhaus

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Stimmung in Ihrem Elternhaus:

Wie wurde in Ihrer (frühen) Kindheit/Säuglingszeit auf Gefühle reagiert (z.B. Trost gespendet, wenn Sie geweint haben, wurde umarmt)? Durften Gefühle (Wut, Trauer usw.) gezeigt werden?

Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?

Leidet/litt jemand in Ihrer Familie an einer psychischen Störung (z.B. Sucht, Depressionen, Ängste)?

Ihre Erziehung

Auf welche Art wurden Sie als Kind von Ihren Eltern bestraft oder gelobt?

Welche Werte (auch religiöse) wurden in Ihrem Elternhaus als besonders wichtig angesehen?

Wurden Sie religiös erzogen?

Gibt es noch Besonderheiten bzgl. Kindheit/Jugend, sowie Erziehung und besondere Bezugspersonen, die Sie mir noch mitteilen möchten?

Angaben zur Sexualität

Bitte beschreiben Sie kurz die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität:

Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal etwas über Sexualität erfahren?

Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten sexuellen Kontakt?

An welche besonders angenehmen oder unangenehmen Erfahrungen erinnern Sie sich?

Erleben Sie Ihr momentanes Sexualleben als befriedigend? Falls nicht, weshalb?

Haben Sie zurzeit sexuelle Hemmungen? Wenn ja, wie drücken diese sich aus?

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges über Ihre Sexualität, über bestimmte Erfahrungen bzw. über Ihre sexuelle Orientierung, was Sie mir mitteilen möchten?

Momentane Lebenssituation

Sind Sie mit der momentanen Wohnsituation zufrieden? Wenn nein, warum?

Was sind Ihre Hobbys und Interessen? Wie verbringen Sie konkret den größten Teil Ihrer Freizeit?

Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben? Weshalb?

Partnerschaft und Familie

Partner*in:

Beschreiben Sie bitte kurz die Persönlichkeit Ihres/Ihrer Partner*in:

Wo bestehen Gegensätze?

Kinder:

Beschreiben Sie kurz die **Beziehung** zu Ihren Kindern:

Gibt es besondere **Probleme** mit Ihren Kindern?

Gab es **frühere** Ehen oder längere Partnerschaften? Bitte machen Sie kurz Angaben dazu.

Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft (mit dem Hervorhebung-Werkzeug ihres PDF-Readers):

Offen, wertlos, aktiv, nutzlos, glücklich, Leben ist sinnlos, schlagfertig, dumm, entschlossen,
unfähig, liebevoll, mache nichts richtig, zufrieden, schuldig, gutmütig, schreckliche
Gedanken, humorvoll, voller Hass, fürsorglich, ängstlich, gelassen, getrieben, kontaktfreudig,
selbstunsicher, geduldig, neige zu Panik, warmherzig, aggressiv, ruhig, hässlich,
zuversichtlich, unattraktiv, belastbar, deprimiert, fähig, einsam, Leben hat Sinn, ungeliebt,
werde gebraucht, missverstanden, vernünftig, gelangweilt, optimistisch, ohne Hoffnung,
gescheit, ruhelos, attraktiv, verwirrt, sympathisch, im Konflikt, wertvoll, verschlossen, passiv

Welche sind Ihre größten Ängste?

1.

--
2.

--
3.

--
4.

--
5.

--

Wie sieht es aus, wenn Sie die Beherrschung oder Kontrolle verlieren (Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsanfälle)? Beschreiben Sie bitte eine solche Situation?

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

Ich bin ein Mensch, der

Während meines ganzen Lebens

Seit meiner Kindheit

Eine Sache auf die ich stolz bin

Es fällt mir schwer zuzugeben

Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann

Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil

Wenn ich mir nicht so viele Sorgen über mein Ansehen machen würde

Eine der Arten wie andere mir wehtun, ist

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

Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein

Eines der Dinge, über die ich mich ärgere,

Was ich von meiner/m Frau/Mann brauche, aber nie erhalten habe, ist

Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist

Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nie bekommen habe, ist

Ein Weg, wie ich mir selber helfen kann, es aber nicht tue, ist

Einer der Vorzüge, mein Problem zu haben, ist

Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich

Was sind Ihre positiven Seiten bzw. Fähigkeiten?

Was war hilfreich bei der Bewältigung früherer Krisen oder Schwierigkeiten?

Schließen Sie schnell Freundschaften? Und halten diese Freundschaften lange?

Fremdbeschreibung

Mein/e Partner*in würde mich wahrscheinlich so beschreiben ...

Jemand, der/die mich nicht leiden kann, würde folgende Beschreibung von mir geben ...

Mein/e beste/r Freund*in würde mich so beschreiben ...

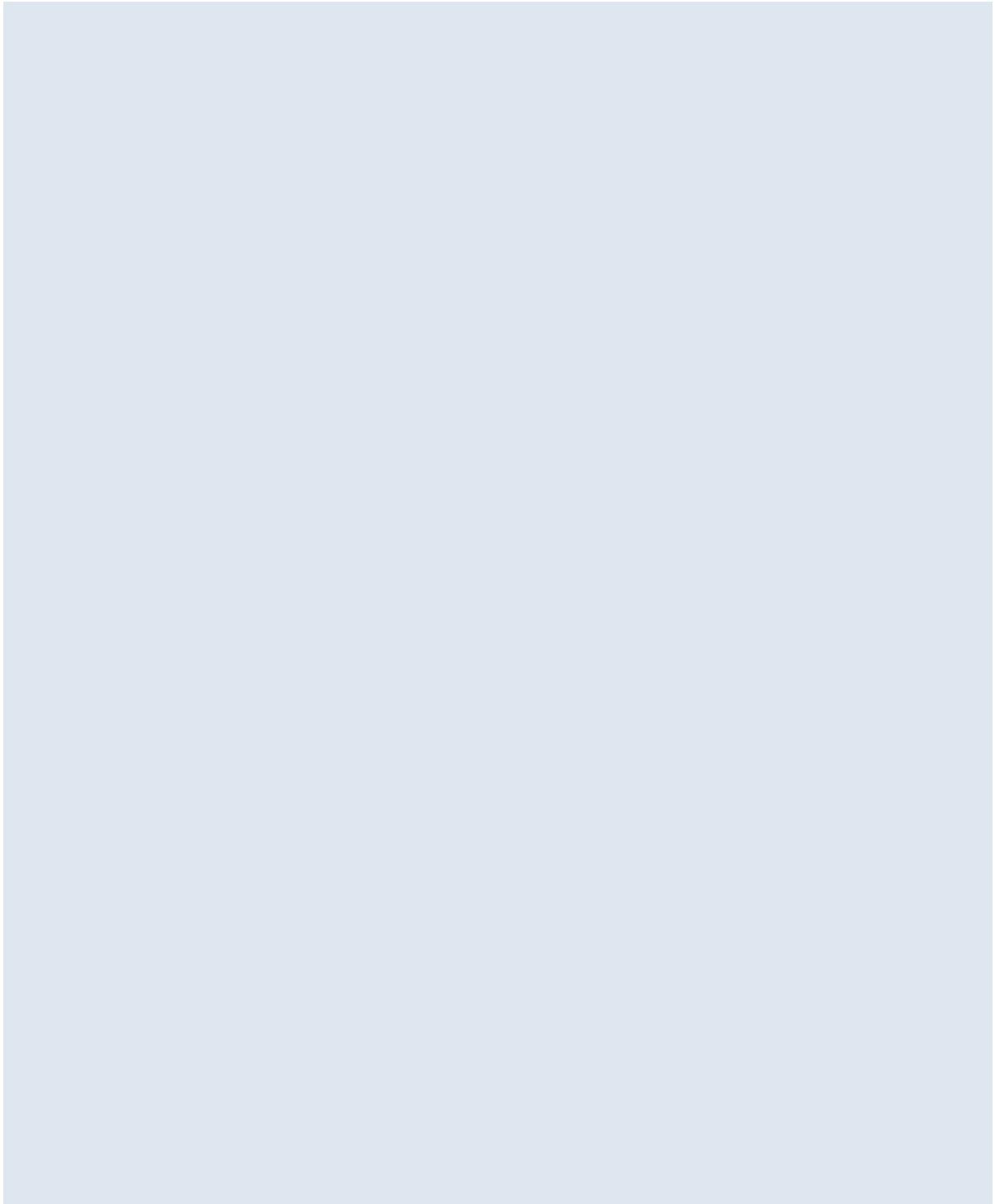
Zur Therapie

Was an Ihrem momentanen Verhalten würden Sie gerne ändern?

Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?

Was fällt Ihnen noch ein, was für die Therapie wichtig sein könnte?

Ergänzende Anmerkungen:



Herzlichen Dank!