

Fragebogen zu Ihrer Lebensgeschichte und zu Ihren Erwartungen an die Therapie

Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, uns einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind in einer wissenschaftlich begleiteten Therapie notwendig, um die jeweiligen Probleme möglichst gründlich bearbeiten zu können.

Deshalb bitten wir Sie, uns diesen Bogen am Anfang Ihrer Behandlung auszufüllen.

Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich.

KEIN AUSSENSTEHENDER (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) ERHÄLT OHNE IHRE SCHRIFTLICHE ERLAUBNIS ZUGANG ZU DIESEN INFORMATIONEN!!!

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, schreiben Sie bitte einfach: „Möchte ich nicht beantworten“ dazu.



1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ihre Größe: _____ (in cm)

Ihr Gewicht _____ (in kg)

Berufliche Situation: berufstätig (auch Hausfrau) arbeitslos

Familienstand: ledig, allein ledig, mit festem /r Partner/in
seit _____

verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____

verwitwet seit _____ geschieden seit _____

Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen Informationen über unser Behandlungszentrum?

Wohnverhältnisse:

Mit wem leben Sie zusammen? _____

Sind Sie mit der momentanen Wohnsituation zufrieden? ja nein

2. Lebensgeschichte

2.1 Kindheit:

a) Geburtsort: _____

b) Ich erinnere mich an folgende Schwierigkeiten in meiner Kindheit (z.B. Ängste, Stottern, Bettnässen)

Alter (von – bis)

Schwierigkeit / Besonderheit

c) meine Kindheit erlebte ich als (bitte kreuzen Sie an):

unglücklich

glücklich

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

d) Gesundheitszustand während der Kindheit/Jugendzeit:

e) irgendwelche Operationen/Unfälle? (bitte mit Altersangabe/bleibende Beeinträchtigungen)

f) An folgende positive Erlebnisse in Kindheit und Jugend erinnere ich mich gerne:

2.2. Ausbildung und Schule

a) Alter bei Schulbeginn: _____

b) Alter bei Verlassen der Schule: _____

c) Art des Schulabschlusses: _____

d) Stärken in der Schule: _____

e) Schwächen in der Schule: _____

2.3. Arbeit und Freizeit

a) Berufe oder Tätigkeiten, die Sie früher ausübten (bzw. Studienorte- u. fächer) in zeitlicher Reihenfolge:

b) Befriedigt Sie Ihre Arbeit (Schule, Studium), die Sie zurzeit ausüben? Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?

c) Wenn Sie zur Zeit arbeitslos sind: seit wann? _____

d) Was sind Ihre Berufsziele? _____

e) Gibt es Probleme am Arbeitsplatz? Welche? Weshalb?

f) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

2.4. Ihre Herkunftsfamilie

a) Vater: _____ Alter _____

Beruf:

Gesundheitszustand:

Falls Ihr Vater bereits verstorben ist – wann starb er und was war die Ursache?

b) Mutter: _____ Alter _____

Beruf:

Gesundheitszustand:

Falls die Mutter bereits verstorben ist wann verstarb sie u. was war die Ursache?

c) Geschwister: (einschließlich sich selbst):

	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
1. Kind	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____
3. Kind	_____	_____	_____
4. Kind	_____	_____	_____
5. Kind	_____	_____	_____

d) Wie ist/war der Kontakt zu Ihren Geschwistern? _____

e) Wie ist/war die Beziehung zu Ihrem Vater? _____

f) Wie ist/war die Beziehung zu Ihrer Mutter? _____

g) Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraumes erzogen? _____

h) Welches sind die bedeutsamsten Menschen in Ihrem Leben? _____

i) Leidet oder litt jemand in Ihrer Familie an einer psychischen Störung (z. B. Alkoholabhängigkeit, Depression, Ängste)? _____

2.5 Angaben zur Sexualität

- a). Welche besonders angenehmen oder unangenehmen Erfahrungen sind Ihnen aus Ihrer sexuellen Entwicklung in Erinnerung?

- b) Erleben Sie momentanes Sexualleben befriedigend? Falls nein, bitte erläutern Sie weshalb:

- c) Gibt es zurzeit irgendwelche sexuelle Störungen?

- d) Gab es einen sexuellen Missbrauch? Wenn ja, in welchem Alter? _____

2.6. Für Frauen und Mädchen

- a. Waren Sie auf Ihre erste Periode vorbereitet und fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert?

- b. Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____

- c. Sind Ihre Perioden regelmäßig? _____

- d. Haben Sie Schmerzen und/oder beeinflusst die Periode Ihre Stimmung?

2.7. Partnerschaft und Ehe

- a. Angaben zum/r Partner/in: Alter _____ Beruf: _____

- b. Wie lange sind Sie verheiratet bzw. leben Sie zusammen? _____

- c. Beschreiben sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partner:

- d. Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihrem Partner.

- e. Angaben zu Kindern:

	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
1. Kind	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____
3. Kind	_____	_____	_____
4. Kind	_____	_____	_____

- Beschreiben Sie kurz die Beziehung zu Ihren Kindern:

Gibt es besondere Probleme mit Ihren Kindern?

Bitte machen Sie kurze Angaben über eventuelle frühere Ehen oder länger dauernde Partnerschaften

3. Problembezogene Angaben

- a. Beschreiben Sie die wichtigsten Probleme, deretwegen Sie zur Therapie kommen:

- b. Seit wann besteht Ihr Problem, wie hat es sich verändert?

- c. Welche Vermutung haben Sie selbst über die Ursachen Ihrer Probleme?

- d. Wen haben Sie wegen Ihrer momentanen Probleme bis jetzt um Rat gefragt?

- e. Befanden Sie sich vor dem jetzigen Aufenthalt in ärztlicher oder psychologischer Behandlung? Wenn ja, wo? Nahmen Sie regelmäßig/unregelmäßig vom Arzt und/oder selbst verordnete Medikamente?

ja nein

- f. Wenn ja, geben Sie bitte an, um welches Medikament es sich handelt:

Medikament	Dosis	seit wann	vom Arzt	selbst
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- g. Welche Alkoholmengen nahmen Sie im Schnitt wöchentlich in den letzten Monaten zu sich? _____
- h. Welche Alkoholmengen nahmen Sie in den letzten Monaten am Tag zu sich? _____
- i. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag und wie viel Kaffee nehmen Sie täglich zu sich? _____
- _____

4. Selbstbeschreibung

- a) Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft:

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, höflich, 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

- b) Welches sind Ihre größten Ängste?

- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

5. Zur Therapie

Wer hat BBG ausgewählt?

Warum gerade jetzt?

Welche 3 Ziele wollen Sie in der Therapie in BBG erreichen?

Welche Veränderungen sind dafür notwendig (auf der Ebene Ihrer Symptome, Ihres Körpers, Ihrer Gedanken, Ihrer Gefühle, Ihrer Beziehungen, Ihres Verhaltens)?

Welche Erwartungen zur Therapie in BBG haben:

Ihre Angehörigen:

Die Überweiser:

Fällt Ihnen noch etwas ein, was für die Therapie wichtig ist?

Benötigen Sie pflegerische Unterstützung (z.B. wegen eingeschränkter Mobilität, Inkontinenz usw.) beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken?

ja nein

Dankeschön!

Unterschrift: _____

Persönliche Biographie:

Bitte eine kurze Beschreibung der wichtigsten Lebensereignisse von der Geburt bis heute.