



Bitte füllen Sie den folgenden Bogen unabhängig von einander aus :

Name: _____ geb. _____
 Adresse: _____
 Tel. / E-Mail: _____
 Beruf / Stellung: _____
 Beziehung mit: _____ seit: _____
 zusammenlebend seit: _____ verheiratet seit: _____
 geschieden von: _____ seit: _____

eigene Kinder	geb.	Ihr Gefühl für jedes Kind *
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Die wichtigsten Bezugspersonen aus Ihrer Kindheit:

Name: (Vorname genügt)	Geb. Jahr	event. Todesj.	Ihr Gefühl für diesen Menschen*
Mutter _____	_____	_____	_____
Vater _____	_____	_____	_____
Stief-/ Mutter _____	_____	_____	_____
Adoptiv- Vater _____	_____	_____	_____
Geschwister:			
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
Andere wichtige Bezugspersonen:			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* Stichwörter genügen. Für Kommentare bitte zusätzliche Blätter benutzen



Auf welchen Gebieten zeigen sich Ihre Probleme am wenigsten? am meisten?

Bitte ankreuzen:	0	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Unterschiedliche Entwicklung Frau / Mann						
<input type="radio"/> Kommunikation						
<input type="radio"/> Zeit für einander (entspanntes Zusammensein)						
<input type="radio"/> Sexualität						
<input type="radio"/> Emotionale Intimität / Geborgenheit						
<input type="radio"/> Raum für sich selbst / Autonomie						
<input type="radio"/> Aufgabenverteilung (Haushalt/Kinder/Arbeit)						
<input type="radio"/> Kinderprobleme						
<input type="radio"/> Aussereheliche Beziehung (von wem?)						
<input type="radio"/> Beziehung zu Herkunftsfamilien						
<input type="radio"/> Arbeitszufriedenheit						
<input type="radio"/> Beanspruchung durch Arbeit (Frau / Mann)						
<input type="radio"/> Finanzen (Einkommen / Ausgaben)						
<input type="radio"/> Wohnsituation						
<input type="radio"/> Entscheidungsfindung (welche?)						
<input type="radio"/> Körperliche Symptome (welche?)						
<input type="radio"/> Psychische Symptome (welche?)						
<input type="radio"/> Gewalt						
<input type="radio"/> Suchtproblem (welche?)						
<input type="radio"/> Andere Probleme (welche?)						

Was wäre das Beste

Was wäre das Schlimmste

das durch die Therapie geschehen könnte ?