

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. Ja	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
○ Unterschiedliche Entwicklung Frau / Mann _____						
○ Kommunikation _____						
○ Zeit für einander (entspanntes Zusammensein) _____						
○ Sexualität _____						
○ Emotionale Intimität / Geborgenheit _____						
○ Raum für sich selbst / Autonomie _____						
○ Aufgabenverteilung (Haushalt/Kinder/Arbeit) _____						
○ Kinderprobleme _____						
○ Aussereheliche Beziehung (von wem?) _____						
○ Beziehung zu Herkunftsfamilien _____						
○ Arbeitszufriedenheit _____						
○ Beanspruchung durch Arbeit (Frau / Mann) _____						
○ Finanzen (Einkommen / Ausgaben) _____						
○ Wohnsituation _____						
○ Entscheidungsfindung (welche?) _____						

○ Körperliche Symptome (welche?) _____						

○ Psychische Symptome (welche?) _____						

○ Gewalt _____						
○ Suchtproblem (welche?) _____						
○ Andere Probleme (welche?) _____						

Was wäre das Beste _____

Was wäre das Schlimmste _____

das durch die Therapie geschehen könnte ?