

## Fragebogen zur Lebensgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieser Fragebogen soll helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer Lebensgeschichte zu bekommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen möglichst vollständig beantworten. Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen zu wenig Platz haben, verwenden Sie die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt. Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können oder wollen, bitte ich Sie **o möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen** anzukreuzen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend viel Zeit und füllen Sie den Fragebogen allein aus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Geburtsort: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geburtsdatum: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Erlerner Beruf / Ausgeübter Beruf <input style="width: 90%;" type="text"/>	
<input type="radio"/> Vollzeit beschäftigt <input type="radio"/> Teilzeit beschäftigt <input type="radio"/> Arbeitslos <input type="radio"/> Rentenbezug <input type="radio"/> Schüler/Student <input type="radio"/> ohne Beschäftigung	Zur Zeit: <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig	
Familienstand <input style="width: 90%;" type="text"/>	Religionszugehörigkeit <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Körpergröße                    cm <input style="width: 90%;" type="text"/>	Gewicht                            kg <input style="width: 90%;" type="text"/>

Bitte beschreiben Sie ihre Wohnsituation.

- Alleine     Wohngemeinschaft     Herkunftsfamilie     Eigene Familie     Betreute Einrichtung

Haben Sie einen Hausarzt/ Facharzt, bei dem Sie sich in regelmäßiger Behandlung befinden?

Anschrift des Hausarztes/Facharztes:

Ihr Problem und Ihr Anliegen: Bitte nennen Sie stichwortartig ihre wichtigsten Beschwerden oder Probleme, derentwegen Sie einen Psychotherapeuten

Unter welchen Umständen sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Gab es Besonderheiten im Vorfeld? Wie war damals Ihre Lebenssituation?

Was möchten Sie durch die Therapie erreichen?

Kennen Sie die von Ihren Vorbehandlern gestellten Diagnosen?

Psychisches Befinden: kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Magenstörungen
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ohnmachten	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen
<input type="checkbox"/> nehme oft Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> nehme oft Schmerztabletten	<input type="checkbox"/> trinke oft Alkohol	

<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> kann mich Anderen gegenüber nicht mitteilen	<input type="checkbox"/> schüchtern unter Leuten
<input type="checkbox"/> Konflikte	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen	<input type="checkbox"/> schlechte Familienverhältnisse
<input type="checkbox"/> Mobbing	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, mich zu amüsieren	<input type="checkbox"/> finanzielle Probleme
<input type="checkbox"/> Probleme mit dem PC/Internet	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Justiz	<input type="checkbox"/> kann die Arbeitsstelle nicht über längere Zeit behalten
<input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle		

<input type="checkbox"/> Panikgefühle	<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen
<input type="checkbox"/> Spannungsgefühle	<input type="checkbox"/> überehrgeizig	<input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu entspannen
<input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/> Aggressionen	<input type="checkbox"/> Angst vor anderen Menschen

<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Selbstverletzungen
---	---

Selbstmordversuch in der Vergangenheit?

nein  ja Wenn ja, wann war das?

ich möchte hierzu keine Angaben machen

### Familie und Beruf

<u>Vater</u>	<u>Mutter</u>
Geburtsjahr: <input type="text"/>	Geburtsjahr: <input type="text"/>
Beruf – heute/früher <input type="text"/>	Beruf – heute/früher <input type="text"/>
Falls verstorben, Ursache und Datum <input type="text"/>	Falls verstorben, Ursache und Datum <input type="text"/>
seine wichtigsten Eigenschaften: <input type="text"/>	ihre wichtigsten Eigenschaften: <input type="text"/>
Beschreiben Sie seine/ihre Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit/Jugend (wie behandelte er/sie Sie?) <input type="text"/>	Beschreiben Sie seine/ihre Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit/Jugend (wie behandelte er/sie Sie?) <input type="text"/>
Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter/Ihrem Vater heute?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn Sie **Geschwister** haben: Zahl der Geschwister  Alter der Geschwister

Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern(früher und heute)?

Partnerschaft / Ehe (Alter, Beruf Ihres Partners/Partnerin, Art der Partnerschaft z.B. gemeinsamer Haushalt usw.)

Eigene Kinder / Stiefkinder / Adoptivkinder (Name, Geschlecht, Alter, Schule/Beruf, Ihre Beziehung zum Kind)

**Lebensgeschichte Entwicklung.** Bitte beschreiben Sie jeweils in Stichworten wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der angegebenen Lebensabschnitte:

0-3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen, usw.) 3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen) 6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Ihren Eltern, Lehrern, Erziehern, Freunden). 10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, schulische Erfolge/Misserfolge usw..) 15-20J. (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung Elternhaus usw.) 20-25J. (z.B. Partnersuche, Partnerschaften, Wohnungswechsel, Selbstständigkeitsentwicklung) 25-40J. (z.B. Partnerschaften, berufliche Entwicklung, Umzüge, eigene Familie) usw.

**Berufsausbildung** (von - bis, Abschluss als, Weiterbildungen, derzeitige berufliche Tätigkeit. Befriedigt Sie diese? Gibt es besondere Schwierigkeiten?

Bitte geben Sie an, welche Substanzen (Medikamente, Drogen, Alkohol, Zigaretten, Kaffee / Tee) Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßigeingenommen haben (ungefähre Menge pro Tag)

Welche der oben genannten Substanzen/Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

Gab oder gibt es in Ihrer Familie seelische Erkrankungen? Suchtprobleme? Suizidversuche? Bei wem?

Auf welche Weise wurden Sie von Ihren Eltern gelobt/ bestraft ?

**Problemanalyse.** Worin besteht Ihrer Ansicht nach Ihr **Hauptproblem** ? In welchen Situationen treten Ihre Probleme gehäuft auf?

Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt?

Nennen Sie bitte typische **Gedanken /Gefühle / körperlichen Reaktionen**, die im Zusammenhang mit Ihren Problemen auftreten:

Nennen Sie bitte Ihre wichtigsten Veränderungsziele:

Was könnten Sie tun, um diese Ziele zu erreichen?

Wie viel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen Sie selbst  Andere

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?

Benutzen Sie Ihr Problem schon mal als Ausrede ?

Woran hindert Sie Ihr Problem? In welcher Hinsicht würde es Ihr **Leben verändern** , wenn Ihr Problem gelöst wäre / nicht mehr bestünde?