



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
○ 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 ?