

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Datum (Tag der Bearbeitung):

Fragebogen zur Lebensgeschichte

nach A.A. Lazarus 1973, mehrfach revidiert, Fassung Ralf Steinkopff

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und mit größtmöglicher Ehrlichkeit aus. Nur so kann er einen Eindruck Ihrer Lebensgeschichte vermitteln, die für die therapeutische Arbeit von großer Bedeutung ist. Sie können Fragen auch ausführlicher beantworten als vorgesehen (ggf. Extrablatt beilegen) oder aber auch Fragen auslassen, die Sie nicht beantworten möchten.

Ich behandle dieses Dokument absolut vertraulich und im Sinne der Schweigepflicht. Das heißt weder Hausarzt noch Familienangehörige erhalten ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Einblick zu diesen Informationen.

Adresse:

Telefonnummer:

Mobitel.:

Email:

Beschäftigung:

Krankenkasse:

Geschäftsstelle Krankenkasse (Postanschrift):

Hausarzt:

Mitbehandelnde Fachärzte
(z.B. Gynäkologen):

Von wem bekamen Sie die Information über mich?

I Warum sind Sie hier?

1. Beschreiben Sie die Probleme, deretwegen Sie zur Beratung/Therapie gekommen sind:

2. Unter welchem der aufgeführten Beschwerden leiden Sie am meisten?

3. Wie häufig treten diese Beschwerden auf?

- Täglich
- Ca. 2-3 Mal pro Woche
- Ca. 1 Mal pro Woche
- mehrmals pro Monat

4. Nennen Sie bitte Ihre größten Ängste im Leben?

-
-
-
-
-

II Vorgeschichte

5. Vater

Name:

Beruf:

Geburtsjahrgang:

Sind körperliche Krankheiten bekannt?

- Nein
- Ja:

Sind psychische Krankheiten bekannt?

- Nein
- Ja:

Falls verstorben, Ursache:

Jahr des Todes:

Wie alt waren Sie damals?

Persönlichkeit Ihres Vaters:

Auffälligkeiten oder Besonderheiten in der Herkunftsfamilie Ihres Vaters:

6. Mutter

Name:

Beruf:

Geburtsjahrgang:

Sind körperliche Krankheiten bekannt?

Nein

Ja:

Sind psychische Krankheiten bekannt?

Nein

Ja:

Falls verstorben, Ursache:

Jahr des Todes:

Wie alt waren Sie damals:

Persönlichkeit Ihrer Mutter:

Auffälligkeiten oder Besonderheiten in der Herkunftsfamilie Ihrer Mutter:

7. Geschwister

- 1. Name, Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 2. Name, Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 3. Name, Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

- 4. Name, Geb.datum, Beruf, Familie, Ihre Beziehung zu ihr/ihm, andere Mutter oder Vater?:

Sind bei Ihren Geschwistern psychische Krankheiten bekannt?

Nein

Ja:

Wenn ja, bei wem und welche?

Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie:

8. Ihre Beziehung in der Kindheit und Jugend zu ihrem Vater:

Ihre Beziehung heute zu ihm:

Ihre Beziehung in der Kindheit und Jugend zu Ihrer Mutter:

Ihre Beziehung heute zu Ihrer Mutter:

Wie haben sie sich damals mit Ihren Geschwistern verstanden?

Wie sind die heutigen Beziehungen zu ihren Geschwistern?

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern während Ihrer Kindheit?

Wie ist die Beziehung Ihrer Eltern heute?

9. Falls Sie nicht bei Ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie erzogen?

Haben sich Ihre Eltern getrennt oder geschieden? Wenn ja, wann (beides)? Bei wem sind Sie geblieben?

Stiefvater, Beruf, Alter, seit wann in der Familie, eigene Kinder?, Persönlichkeit, Ihre Beziehung zu ihm:

Stiefmutter, Beruf, Alter, seit wann in der Familie, eigene Kinder?, Persönlichkeit, Ihre Beziehung zu ihr:

Hat sich irgendetwas (wer?) jemals in ihre Ehe / Partnerschaft oder Ihren Beruf eingemischt?

10. Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

11. Leidet irgendetwas in Ihrer Familie an Sucht, Epilepsie oder an psychischen Störungen? Wer und woran?

Leidet irgendetwas in Ihrer Familie an schweren oder vererbten Krankheiten?

III Entwicklungsgeschichte

12. Geburtsdatum und Geburtsort:

13. Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, soweit Ihnen bekannt:

14. Gesundheitszustand während der Kindheit und Jugend:

15. Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Dinge auf Sie in Ihrer Kindheit zutraf:

- Alpträume
- Bettnässen
- Schlafwandeln
- Daumenlutschen
- Nägelkauen
- Stottern
- Ängste
- Glückliche Kindheit
- Unglückliche Kindheit

Sonstige Auffälligkeiten:

16. Aktuelle Größe: Gewicht:

17. Hatten Sie irgendwelche Operationen?

- Nein
- Ja
Wenn ja:

Jahr der OP: Diagnose:

Jahr der OP: Diagnose:

Jahr der OP: Diagnose:

18. Haben Sie körperliche Beeinträchtigungen (z.B. in Folge eines Unfalls?)

Kindheit

19. Spiele und Interessen:

Besondere Neigungen:

Freundeskreis:

Jugend

20. Hobbies und Interessen:

Besondere Neigungen:

Freundeskreis:

21. Wurden Sie von den Eltern aufgeklärt?

Wurde über Sex gesprochen? In welcher Form?

Wann haben Sie zum ersten Mal über Sex gehört?

22. Wann und auf welche Weise wurden Ihnen zum ersten Mal Ihre eigenen sexuellen Impulse bewusst?

Welche Ängste oder Schuldgefühle hatten Sie schon einmal aufgrund sexueller Gefühle (z. B. Masturbation)?

23. Bitte beschreiben Sie wichtige Details Ihrer ersten sexuellen Erfahrungen:

Welche besonders wichtigen hetero- oder homosexuellen Erfahrungen gibt es für Sie?

IV Bildungsgang und Beruf

24. Alter beim Verlassen der Schule:

Ihr höchster erreichter Schulabschluss

- Hauptschule ohne Quali
- Hauptschule mit Quali
- Mittlere Reife
- Fachabitur
- Abitur
- Fachhochschulabschluss/Universität Bachelor
- Universität/Master
- Noch in Ausbildung (Klasse):

25. Wie war der Kontakt zu den Mitschülern?

26. Welche besonderen Stärken und Schwächen haben/hatten Sie in der Schule?

27. Sind Sie gern zur Schule gegangen?

28. Womit konnte man Sie hänseln? Hatten Sie einen Spitznamen?

29. Welche Berufsausbildungen haben Sie? Wann haben Sie sie gemacht?

Haben Sie Berufsausbildungen abgebrochen? Welche und wann? Warum?

30. Welche Berufe /Tätigkeiten haben Sie vor Ihrer aktuellen ausgeübt?

V. Aktuelle Lebensumstände

31. Sind Sie derzeit berufstätig?

Nein

Ja

Wenn ja, wie sind Sie beschäftigt und wie lange schon?

Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden?

32. Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen und Vorgesetzten?

33. Verfügen Sie über ein eigenes Einkommen?

Ja

Wenn ja, sind Sie zufrieden mit dem Verdienst?

Nein

Wenn nein: Wer finanziert derzeit Ihren Haushalt?

Gibt es eine große Diskrepanz?

34. Haben Sie finanzielle Schwierigkeiten?

35. Wohnsituation:

allein lebend

mit Partner

mit eigener Familie

im Elternhaus mit:

in Wohngemeinschaft mit:

Sonstige: _____

Wie groß ist Ihre Wohnung/ Ihr Haus?

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? Warum (nicht)?

36. Familienstand

- Ledig
- Verheiratet
- Geschieden
- Getrennt
- Verwitwet
- Wiederverheiratet

37. Religionsangehörigkeit a) während der Kindheit:

b) heute:

Sind Sie religiös aktiv a) während der Kindheit:

b) heute:

38. Wie verbringen Sie derzeit Ihre Freizeit?

Betreiben Sie Sport, wenn ja, wie oft und welchen Sport?

39. Schließen Sie schnell Freundschaften?

Halten diese Freundschaften lange?

40. Welche wichtigen Partnerschaften gab es vor Ihrer aktuellen Partnerschaft (Vorname, Alter, Beruf, Zeitraum der Beziehung, Grund für die Beendigung der Beziehung)?

1.

2.

3.

4.

5.

41. Alter des aktuellen Partners/der aktuellen Partnerin:

Vorname:

Beschäftigung des Partners/der Partnerin:

Wie lange besteht die Beziehung?

42. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Partners/ Ihrer Partnerin:

43. Sind Sie mit Ihrer Beziehung zufrieden?

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

In welchen Bereichen bestehen Übereinstimmungen, in welchen Gegensätze?

Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner/ Ihre Partnerin ändern, um die Beziehung zu verbessern?

Welche Verhaltensweisen würden Sie gern lernen, um die Beziehung zu verbessern?

Was wünscht Ihr Partner / Ihre Partnerin, dass Sie in der Beziehung ändern?

44. Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres Partners aus? Falls es Konflikte gibt, mit wem und worüber?

45. Ist Ihr momentanes Sexualeben befriedigend? Falls nein, warum nicht?

Wo liegen auf sexuellem Gebiet Ihre Hemmungen?

Kinder

46. Haben Sie Kinder?

Keine Kinder

Name 1. Kind, Geburtsdatum, anderer Elternteil:

Name 2. Kind, Geburtsdatum, anderer Elternteil (falls abweichend vom 1. Kind):

Name 3. Kind, Geburtsdatum, anderer Elternteil (falls abweichend):

Name 4. Kind, Geburtsdatum, anderer Elternteil (falls abweichend):

47. Hatten Sie / Ihre Partnerin bereits einen Schwangerschaftsabbruch?

Nein

Ja

Wenn ja:

Jahr:

VI. Krankheitsanamnese

48. Geben Sie bitte eine kurze Auskunft bezüglich der Geschichte und der Entwicklung Ihrer Beschwerden (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute); der Häufigkeit ihres Auftretens und der jeweiligen Folge für Sie und/oder anderer Personen:

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

50. Befanden Sie sich bereits stationär in einer Therapie?

Nein

Ja

Wenn ja:

1. Aufenthalt: Datum:

Klinik:

2. Aufenthalt: Datum:

Klinik:

51. Befanden Sie sich bereits in ambulanter Therapie?

Nein

Ja

Wenn ja:

Zeitraum:

Name des Therapeuten, Anschrift Praxis:

52. Nehmen Sie Medikamente oder Drogen ein?

Nein

Ja

Wenn ja:

1. Präparat:

wie häufig?

2. Präparat:

wie häufig?

3. Präparat:

wie häufig?

53. Dachten Sie irgendwann an Selbstmord?

Nein

Ja

Wenn ja:

Jahr:

Haben Sie bereits einen Selbstmordversuch unternommen?

Nein

Ja

Wenn ja:

Jahr:

54. Welche privaten und beruflichen Probleme haben sich bei Ihnen durch die Erkrankung ergeben? Welche?

55. Was an ihrem augenblicklichen Verhalten würden Sie gerne ändern?

56. Was erhoffen Sie sich von der Beratung/Therapie?

57. Welche Ursachen sehen Sie für Ihr(e) Problem(e)?

58. Welche wiederkehrenden Verhaltensweisen erkennen Sie an sich, die das Problem eher verstärken?

59. Gibt es (nach all den Fragen) noch wichtige Informationen, die für die Therapie entscheidend sein können?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit