



Bitte füllen Sie den folgenden Bogen unabhängig voneinander 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 füreinander (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 ?