

## Fragebogen für Paarberatung & Paartherapie

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen jeweils unabhängig voneinander aus. Verwenden Sie Stichwörter; bei Bedarf können zusätzliche Blätter ergänzt werden. Bitte gut lesbar in Druckschrift ausfüllen.

**Hinweis zur Freiwilligkeit:** Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist freiwillig. Es kann den Einstieg in den Beratungsprozess erleichtern, ist jedoch keine Voraussetzung für die Beratung. Sie können daher selbstverständlich auch auf das Ausfüllen verzichten. Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen möchten, senden Sie ihn bitte im Vorfeld per E-Mail oder per Post zu oder bringen Sie ihn zum Gespräch mit. Wenn Sie den Bogen erst zum Gespräch mitbringen, wird er in der Regel erst in der darauffolgenden Sitzung berücksichtigt, damit die Aufmerksamkeit der Beraterin/Therapeutin während des Gesprächs ganz bei Ihnen und dem gemeinsamen Prozess bleiben kann.

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Angaben in diesem Fragebogen werden vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen des Beratungs- bzw. Therapieprozesses verwendet. Bitte machen Sie nur Angaben, die Sie teilen möchten. Bei einer Zusendung per E-Mail beachten Sie bitte, dass eine unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation nicht vollständig vor dem Zugriff Dritter geschützt ist. Wenn Sie dies vermeiden möchten, können Sie den ausgefüllten Bogen auch ausgedruckt zum Gespräch mitbringen.

### Persönliche Angaben

|                              |  |                     |  |
|------------------------------|--|---------------------|--|
| Name                         |  | Geburtsdatum        |  |
| Adresse                      |  |                     |  |
| Telefon / E-Mail             |  |                     |  |
| Beruf / Stellung             |  |                     |  |
| Beziehung mit                |  | seit                |  |
| zusammenlebend seit          |  | verheiratet<br>seit |  |
| geschieden / getrennt<br>von |  | seit                |  |

### Eigene Kinder

| Name | Geburtsdatum | Ihr Gefühl für jedes Kind |
|------|--------------|---------------------------|
|      |              |                           |
|      |              |                           |
|      |              |                           |



### Wichtige Bezugspersonen aus der Kindheit

| Bezugsperson           | Vorname | Geburtsjahr | ggf.<br>Todesjahr | Gefühl / Bemerkung |
|------------------------|---------|-------------|-------------------|--------------------|
| Mutter                 |         |             |                   |                    |
| Vater                  |         |             |                   |                    |
| Stief- / Adoptivmutter |         |             |                   |                    |
| Stief- / Adoptivvater  |         |             |                   |                    |

### Geschwister

| Nr. | Name | Geburtsjahr | Bemerkungen / Gefühl |
|-----|------|-------------|----------------------|
| 1   |      |             |                      |
| 2   |      |             |                      |
| 3   |      |             |                      |
| 4   |      |             |                      |
| 5   |      |             |                      |

### Andere wichtige Bezugspersonen

| Name / Beziehung | Zeitraum | Bedeutung / Gefühl |
|------------------|----------|--------------------|
|                  |          |                    |
|                  |          |                    |
|                  |          |                    |



## Problembereiche

Bitte kreuzen Sie an, wie stark sich die folgenden Themen als Problem zeigen: 0 = am wenigsten, 5 = am meisten.

| Thema                                         | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | Notizen |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| Unterschiedliche Erwartungen an die Beziehung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Kommunikation                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Zeit füreinander / entspanntes Zusammensein   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Emotionale Intimität / Geborgenheit           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Raum für sich selbst / Autonomie              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Aufgabenverteilung (Haushalt/Kinder/Arbeit)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Kinderprobleme                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Beziehung zu Herkunftsfamilien                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Arbeitszufriedenheit / Arbeitsbelastung       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Finanzen                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Wohnsituation                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Entscheidungsfindung                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Körperliche oder psychische Symptome          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Gewalt / Sucht / andere Probleme              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| Umgang mit dem Handy                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |

## Erwartungen an den Beratungsprozess

Was wäre das Schlimmste, das durch den Beratungsprozess geschehen könnte?

Was wäre das Beste, das durch den Beratungsprozess geschehen könnte?

