

Name:

Datum:

Biografie-Fragebogen

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, mir wichtige Hintergrundinformationen zu Ihrer Person, Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund und zu Ihrer aktuellen Lebenssituation zu vermitteln.

Indem Sie die folgenden Fragen so vollständig wie möglich ausfüllen, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern sogleich zu Beginn die therapeutische Zusammenarbeit. Bitte planen Sie für diesen Fragebogen entsprechend einige Stunden störungsfreier Zeit ein. Falls Sie mehr Platz benötigen, schreiben Sie bitte auf den leeren Rückseiten weiter. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, können wir eine der nächsten Stunden nutzen, um die Frage gemeinsam durchzugehen. Sie können auch notieren „Möchte ich nicht beantworten“.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher **streng vertraulich** behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen (weder Verwandte, noch Ihr Hausarzt oder irgendwelche Institutionen etc.).

Falls Sie sich damit überfordert fühlen sollten, den Bogen auf einmal auszufüllen, dürfen Sie mir zur nächsten Sitzung auch gerne zunächst den von Ihnen **bewältigbaren Teil** mitbringen und den Rest in der Folgewoche bearbeiten.

Angaben zur Person

Name	Vorname
(falls abweichend) Geburtsname	
Geburtsdatum	Alter
Nationalität	Heimatort
Straße	PLZ Ort
Telefon privat: _____ <ul style="list-style-type: none">• Anruf privat möglich• Nachricht auf AB/Mailbox möglich	Telefon geschäftlich: _____ <ul style="list-style-type: none">• Anruf geschäftlich möglich• Nachricht auf AB/Mailbox möglich
Krankenversicherung (inkl. Anschrift):	

Haben Sie einen Betreuer oder Vormund?

ja nein

Bei wem sind Sie wegen ihrer Schwierigkeiten zuletzt in Behandlung gewesen? Bzw. bei wem sind Sie gegenwärtig noch wg. Ihrer Schwierigkeiten in Behandlung? (ÄrztInnen, HeilpraktikerInnen, Institutionen etc.).

Falls Sie früher schon einmal Therapie gemacht haben oder wegen psychischer Schwierigkeiten in voll- oder teilstationärer psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung waren:

Wann waren Sie wo in Behandlung?

Wie waren Ihre bisherigen Erfahrungen in diesem Bereich? Was war hilfreich, was nicht?

Angaben zur Symptomatik

Bitte unterstreichen Sie im folgenden nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als 3 Monate auftraten oder heute noch bestehen:

Nägelknabbern, Haarausreißen, Tics, Einnässen, Einkoten, Anfallsleiden, Krämpfe, nächtliches Schreien, Entwicklungsverzögerung, vorzeitige Entwicklung, Wachstumsstörung, Übergewicht, Untergewicht, Essstörungen (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht, usw.), Selbstverletzung, übertriebene Selbstbefriedigung, sexuelle Abweichungen, Stehlen, Lügen, Zündeln, Ausreißen, Schuleschwänzen, Konzentrationsstörungen, Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen, Stottern oder andere Sprachstörungen, Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Missbrauch von Medikamenten, Alkohol, Rauchen, Drogen, Atembeschwerden, Asthma, übertriebener Ehrgeiz, Leistungsschwankungen, Minderwertigkeitsgefühle, Kontaktprobleme, Unselbständigkeit, Ängste, Zwänge, Ordnungsdrang, Schlampigkeit, Distanzlosigkeit, Kasperverhalten, aggressives Verhalten, Trotz, Eifersucht, Selbstmordäußerungen, Traurigkeit

Bitte unterstreichen Sie nun von den unten genannten Problemen all jene, die für Sie **heute** als Erwachsene/r am meisten zutreffen:

Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen, Kreislaufbeschwerden, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Darmbeschwerden, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Alpträume, Schmerzen, Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmitteln, starker Alkoholkonsum, Gefühl der Gespanntheit und inneren Unruhe, Schuldgefühle, Depression, Selbstmordgedanken, Gefühl der Ohnmacht u. Hilflosigkeit, Unfähigkeit zur Entspannung, Konzentrationsmangel, Unbehagen an Wochenenden u. in den Ferien, übermäßiger Ehrgeiz, schüchtern im Umgang mit anderen, Unfähigkeit Freunde zu finden, Einsamkeitsgefühle, Entschlusslosigkeit, häufiger Arbeitswechsel, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, schlechte familiäre Verhältnisse, finanzielle Sorgen, Fremdheitsgefühle der eigenen Person gegenüber, Fremdheitsgefühle anderen Menschen gegenüber, Ängste vor anderen Menschen, Ängste alltäglichen Dingen gegenüber, spezifische Ängste, Lustlosigkeit und Antriebsmangel, Entscheidungsschwäche, Ausweichen vor Auseinandersetzungen, Arbeitsstörungen, Unsicherheit, Kloßgefühl, sexuelle Probleme, Angst vor dem Alleinsein, Stimmungsschwankungen, Verfolgungsgedanken, Zwänge, Spielsucht, Störungen des Essverhaltens, unkontrollierte Wutausbrüche.

Wie viel wiegen Sie? _____ kg

Wie groß sind Sie? _____ cm

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen haben (inkl. durchschnittlicher Menge pro Tag):

Alkohol:

Drogen:

Beruhigungsmittel:

Zigaretten:

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente? Falls ja, geben Sie bitte Name, Dosierung und die von ihnen erlebte Wirkung an.

Was sind aus Ihrer Sicht die jeweiligen Folgen für Sie und/oder andere Personen?

Hatten Sie schon einmal die Absicht sich zu töten oder haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen? Aus welchen Gründen?

Wie versuchen Sie bisher sich selbst zu helfen?

In welchen Situationen oder Zeiten treten Ihre Probleme nicht oder deutlich seltener/schwächer auf?

Wieso suchen Sie gerade *jetzt* psychotherapeutische Behandlung auf?

Persönliche Daten und Entwicklungsgeschichte

(Ursprungs-)Familie

Wo haben Sie Ihre ersten Lebensjahre verbracht? Großstadt, Vorort, Kleinstadt, Dorf, in welchem Land?

Vater (bitte geben Sie Namen, Alter, Beruf, falls verstorben Todesursache, Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt an):

leiblicher Vater Stiefvater

Mutter (bitte geben Sie Namen, Alter, Beruf, falls verstorben Todesursache, Ihr Alter zu diesem Zeitpunkt an):

leibliche Mutter Stiefmutter

Falls Ihre Eltern getrennt leben/geschieden/wiederverheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?

Wie sind Sie mit der Situation/dem neuen Partner/der neuen Partnerin zurecht gekommen?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und seine Einstellung zu Ihnen. Wie ist Ihr Kontakt zu Ihrem Vater? Was teilen Sie mit ihm (früher und heute)?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und die Einstellung zu Ihnen (früher und heute)? Was vermissen Sie in dem Kontakt zu Ihrer Mutter? Oder was haben Sie früher vermisst?:

In welcher Weise wurden Sie als Kind von Ihren Eltern gelobt und bestraft?

Wie beurteilen Sie Ihre Erziehung?

Schildern Sie die häusliche Atmosphäre (d.h. die Atmosphäre, in der Sie aufgewachsen sind. Schildern Sie auch, wie sich Ihre Eltern untereinander und mit den Kindern vertragen, evtl. Trennung/Scheidung der Eltern, in welchem Alter?):

An welchen Elternteil konnten Sie sich vertrauensvoll wenden (früher und heute)?

Was denken Ihre Eltern über Ihre Krankheit bzw. Beschwerden?

Reihenfolge der Kinder Ihrer Eltern (Geschwister und Sie selbst):

	Name	Geschlecht	Alter	Beruf
1.				
2.				
3.				
4.				

Beziehungen zu Ihren Brüdern und Schwestern:

Früher:

Heute:

Wenn Sie nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, wo oder bei wem dann? Wer hat Sie hauptsächlich erzogen? (bitte mit Dauer und Ihrer Altersangabe):

Wie oft sehen Sie Ihre Eltern?

Gibt es in Ihrer Abstammungsfamilie wichtige oder schwerwiegende Krankheiten, auch psychische (Selbstmord, Depression, Psychosen, Ängste, Alkoholismus o.a.)? Bei wem?

Haben Sie in Ihrem Leben Gewalt erfahren (körperliche, sexuelle)? Falls ja, in welchem Alter und ggf. durch wen?

Schulische und berufliche Entwicklung

Bevorzugte Spiele, Interessen und Hobbys während Ihrer Kindheit und Jugend?

Besuchten Sie einen Kindergarten und wie ist Ihre Erinnerung an den Kindergartenbesuch?

Einschulungsalter: _____

Schulabschlussalter: _____

Erreichter Abschluss: _____

Waren Ihre Beziehungen zu den Schulkameraden gut?

Ja, ganz genau 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Nein, im Gegenteil

Sind Sie gehänselt worden oder hatten Sie einen Spitznamen?

Ist Ihnen das Lernen (und in welchen Bereichen) leicht oder schwer gefallen?

Schließen Sie leicht Freundschaften?

Ja, ganz genau 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Nein, im Gegenteil

Halten diese Freundschaften lange?

Ja, ganz genau 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Nein, im Gegenteil

Wie war das früher?

Hatten/Haben Sie Freundschaften, die Sie als unterstützend empfinden?

Erlernte und ausgeübte berufliche Tätigkeiten (in zeitlicher Reihenfolge, auch aktuelle Tätigkeit) und Gründe für Wechsel:

In welchem Alter fingen Sie an zu arbeiten? _____

Wie kam die Berufswahl zustande?

Sind Sie berentet (warum und seit wann)?

Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitslos und wie lange?

Haben Sie schon Rehabilitations- bzw. Umschulungsmaßnahmen beantragt oder an welchen teilgenommen?

Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung vor?

Weswegen? _____

Seit wann? _____

Wie viel Prozent? _____

Was bedeutet Ihnen Berufstätigkeit?

Befriedigt Sie Ihre gegenwärtige Arbeit (einschl. Hausarbeit)?

Ja, ganz genau 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Nein, im Gegenteil

Wenn nicht, was gefällt Ihnen daran nicht?

Sehen Sie für sich Aufstiegschancen?

Wie hoch schätzen Sie die Verantwortung in Ihrem Arbeitsfeld ein? _____

Nutzen Sie die Möglichkeit zur Fortbildung? _____

Welche Arbeit trauen Sie sich am ehesten zu?

Welche beruflichen Ziele haben Sie?

Welche finanziellen Wünsche und Sorgen haben Sie? Falls Sie Schulden haben: In welcher Höhe?

Gegenwärtige Interessen, Hobbys, Beschäftigungen und Sport?

Wie füllen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit aus? Mit wem?

In welchen Vereinen und Organisationen sind Sie?

Sexualität

Einstellung Ihrer Eltern zum Sexuellen (z.B. wurden Sie aufgeklärt oder wurde bei Ihnen zu Hause über sexuelle Fragen gesprochen)?

In welchem Alter und in welcher Art haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen erfahren? Wie haben Sie den Umgang mit Sexualität in Ihrer Familie erlebt?

Hatten Sie jemals Angst- oder Schuldgefühle wegen sexueller Handlungen oder Selbstbefriedigung oder sexualisierter Gewalt?

Was bedeutet Ihnen heute Sexualität?

Aktuelle Lebenssituation

Mit wem leben Sie zur Zeit zusammen? (Zählen Sie bitte die Personen auf):

Leben Sie in einem eigenen Haus, Hotel, Zimmer, Wohnung, zur Untermiete etc.?

Ehe und Partnerbeziehung

Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft oder in einer Ehe?

Sind Sie getrennt oder geschieden? Seit wann und aus welchem Anlass?

Wie lange kannten Sie Ihren Ehepartner / Ihre Ehepartnerin vor der Heirat bzw. Ihren Partner / Ihre Partnerin, bevor Sie zusammengezogen sind?

Wie lange sind Sie jetzt verheiratet bzw. leben zusammen? _____

Alter des Partners / der Partnerin: _____

Beruf des Partners / der Partnerin: _____

Persönlichkeit des Partners (in Ihren eigenen Worten):

In welchen Punkten passen Sie gut zueinander?

In welchen Punkten nicht so gut?

Was denkt Ihr Partner / Ihre Partnerin über Ihre Krankheit/Beschwerden?

Wie verstehen Sie sich mit der Familie Ihres Partners / Ihrer Partnerin (beinhaltet auch SchwägerInnen und Schwager)?

Falls Sie schon einmal verheiratet waren oder eine eheähnliche Beziehung hatten, wie lange ist es her und wie stehen Sie jetzt zu dieser Beziehung (Ehe)? Falls wichtige Trennungen oder Scheidungen stattgefunden haben, wann waren diese?

Falls Sie noch keine Partnerschaft hatten, wie sehr ist Ihnen daran gelegen?

Kinder

Wie viele Kinder haben Sie? Führen Sie sie bitte in altersmäßiger Reihenfolge mit Namen, Alter, Geschlecht und Persönlichkeit auf. Geben Sie bitte auch an, ob und welche der Kinder aus einer früheren Beziehung stammen und führen Sie auch eventuelle Fehlgeburten und Abtreibungen auf.

Was bedeuten Ihnen die Kinder?

In welchen Bereichen ist Ihre Beziehung zu Ihren Kindern gut und in welchen eher schlecht?

Ist jemand in Ihrem Haushalt schwerkrank oder pflegebedürftig?

Wer sind die wichtigsten Personen in Ihrem Leben (wer hat Sie am meisten beeinflusst im Guten wie im Schlechten)? Wie ist Ihre Einstellung zu Ihnen?

Selbstbeschreibung

Bitte beschreiben Sie in Ihren eigenen Worten:

Wie sehen Sie sich selbst (welche Fähigkeiten, welche Macken haben Sie)?

Wie möchten Sie sein (welche Eigenschaften sind für Sie erstrebenswert)?

Wie sieht Sie jemand, der Sie nicht mag?

Zum Schluss

Gibt es irgendetwas, was Sie noch sehr beschäftigt oder was möglicherweise für die Therapie wichtig sein könnte, und das in dem Fragebogen noch keinen Platz gefunden hat?

Welche Ziele haben Sie für die Behandlung, was soll für Sie dabei rauskommen?
(Wenn möglich, nach Wichtigkeit ordnen)

Wobei soll die Therapie / soll ich Ihnen ganz besonders helfen?

Was wünschen Sie sich besonders von Ihrer Therapie?

Vielen Dank!

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens haben Sie schon einen großen therapeutischen Schritt getan! Herzlichen Glückwunsch!