

BFT

Biopsychosozialer Fragebogen zu Therapiebeginn

Mag. Dr. Andrea Fahlböck und Peter Graff, M.A., Ph.D. (2022)

Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation



INHALT

Anleitung	2
Inhalt	2
Stammdaten	3
Gesundheit	3
Substanzen	4
Sexualität und Geschlechtsidentität	5
Früher: Elternhaus, Kindheit und Jugend	6
Erster Elternteil bzw. wichtigste erziehungsberechtigte Bezugsperson	6
Falls vorhanden, zweiter Elternteil bzw. zweitwichtigste erziehungsberechtigte Bezugsperson	6
Beziehungen	8
Schule und Freizeit	9
Heute: Familie, Beziehungen, Beschäftigungen	10
Familienstand	10
Falls vorhanden, momentane Partner:in	10
Falls vorhanden, Kinder	11
Beziehungen	11
Beruf, Finanzen und Rechtliches	12
Freizeit	13
Therapieerwartungen	13
Abschluss	14

Informationen für Psychotherapeut:innen: © 2022 Fahlböck und Graff. Dieser Fragebogen darf kostenlos für den Gebrauch mit Patient:innen reproduziert werden. Bitte zitieren Sie diesen Fragebogen in folgender Weise: Fahlböck, A., & Graff, P. (2022). Biopsychosozialer Fragebogen zu Therapiebeginn (BFT). AVM Publications. <https://institut-avm.at/avm-publications/wissenschaftliche-beitraege/>. **Literatur:** Kettl, G. J. (1999). Fragebogen zur Lebensgeschichte (FLG-99). Unveröffentlichtes Manuskript. Lazarus, A. A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the „BASIC ID.“ *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156(6), 404– 411. Lazarus, A. A. 1978. Fragebogen zur Lebensgeschichte (Zimmer, D., Echelmeyer, L., übersetzt und erweitert). dgvt-Verlag. (Original 1973 veröffentlicht).

ANLEITUNG

Mit diesem Fragebogen erfasst Ihre Psychotherapeut:in wichtige biologische, psychologische und soziale Faktoren, die oft Einfluss auf die psychische Gesundheit eines Menschen haben. Die Beantwortung der einzelnen Fragen in diesem Fragebogen ist freiwillig. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten.“ in das Antwortfeld. Indem Sie die folgenden Fragen vollständig, wahrheitsgemäß und so genau wie möglich beantworten, erleichtern und beschleunigen Sie Ihre psychotherapeutische Diagnostik und die Planung Ihrer Psychotherapie. Die im Rahmen dieses Fragebogens übermittelten Daten unterliegen der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht Ihrer Psychotherapeut:in. Am Ende des Fragebogens haben Sie die Gelegenheit zusätzliche Daten, die Ihnen besonders wichtig erscheinen zu ergänzen. Bitte nehmen Sie sich mindestens zwei Stunden für die Beantwortung dieses Fragebogens Zeit.

- Ich habe die Anleitung gelesen und möchte diesen Fragebogen beantworten.
- Ich möchte diesen Fragebogen nicht beantworten.

STAMMDATEN

Name _____	Muttersprache _____
Geburtsdatum _____	Andere Sprachen _____

GESUNDHEIT

Bitte geben Sie alle jemals bei Ihnen diagnostizierten körperlichen Erkrankungen an (mit Ausnahme von leichten Infektionskrankheiten).

Diagnose	seit	bis	jetzt	Anmerkungen
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	

Bitte geben Sie alle jemals bei Ihnen diagnostizierten psychischen Erkrankungen an.

Diagnose	seit	bis	jetzt	Anmerkungen
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	

Bitte geben Sie alle jemals stattgefundenen stationären Aufenthalte an (z.B. Operationen, Unfälle, Notfälle, Rehabilitationen, Kuren, etc.).

Institution	Diagnose/Grund	seit	bis	jetzt	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	

Bitte geben Sie alle jemals stattgefundenen ambulanten Therapien an (inkl. wiederholte ärztliche Behandlungen, psychiatrische Behandlungen, Psychotherapien, psychologische Beratungen, Physiotherapien, Beratungen, Coachings, etc.).

Therapeut:in/Institution	Diagnose/Grund	seit	bis	jetzt	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	

Bitte geben Sie alle verschreibungs- (z.B. Psychopharmaka) oder apothekenpflichtige (z.B. Nahrungsergänzungsmittel, Schmerzmittel) Medikamente und Substanzen an, die Sie jemals regelmäßig eingenommen haben (außer Medikamente zur Behandlung leichter Infektionskrankheiten).

Medikament	Diagnose/Grund	seit	bis	jetzt	Dosis	morgens	mittags	abends	nachts			
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

Sind Sie mit Ihrer Gesundheit zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum? _____

Sonstige wichtige Anmerkungen zu Ihrer Gesundheit:

SUBSTANZEN

Welche der folgenden Substanzen haben Sie in Ihrem Leben mindestens einmal konsumiert?

Alkohol <input type="checkbox"/>	Nikotin <input type="checkbox"/>	Koffein <input type="checkbox"/>	Cannabis <input type="checkbox"/>	THC <input type="checkbox"/>
CBD <input type="checkbox"/>	Opiate <input type="checkbox"/>	Heroin <input type="checkbox"/>	Fentanyl <input type="checkbox"/>	Kokain <input type="checkbox"/>
Amphetamine <input type="checkbox"/>	Speed <input type="checkbox"/>	Adderall <input type="checkbox"/>	LSD <input type="checkbox"/>	Psilocybinhaltige Pilze <input type="checkbox"/>
Ayahuasca <input type="checkbox"/>	Meskalin <input type="checkbox"/>	Ketamin <input type="checkbox"/>	GHB <input type="checkbox"/>	K.O.-Tropfen <input type="checkbox"/>
MDMA <input type="checkbox"/>	Ecstasy <input type="checkbox"/>	Methamphetamine <input type="checkbox"/>	Crystal Meth <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine <input type="checkbox"/>
Valium <input type="checkbox"/>	Schlafmittel <input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>	Sonstige Substanzen _____	

Welche der folgenden Substanzen haben Sie in Ihrem Leben jemals ab und zu, immer wieder oder regelmäßig konsumiert?

Alkohol <input type="checkbox"/>	Nikotin <input type="checkbox"/>	Koffein <input type="checkbox"/>	Cannabis <input type="checkbox"/>	THC <input type="checkbox"/>
CBD <input type="checkbox"/>	Opiate <input type="checkbox"/>	Heroin <input type="checkbox"/>	Fentanyl <input type="checkbox"/>	Kokain <input type="checkbox"/>
Amphetamine <input type="checkbox"/>	Speed <input type="checkbox"/>	Adderall <input type="checkbox"/>	LSD <input type="checkbox"/>	Psilocybinhaltige Pilze <input type="checkbox"/>
Ayahuasca <input type="checkbox"/>	Meskalin <input type="checkbox"/>	Ketamin <input type="checkbox"/>	GHB <input type="checkbox"/>	K.O.-Tropfen <input type="checkbox"/>
MDMA <input type="checkbox"/>	Ecstasy <input type="checkbox"/>	Methamphetamine <input type="checkbox"/>	Crystal Meth <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine <input type="checkbox"/>
Valium <input type="checkbox"/>	Schlafmittel <input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>	Sonstige Substanzen _____	

Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie momentan ab und zu, immer wieder oder regelmäßig?

Alkohol <input type="checkbox"/>	Nikotin <input type="checkbox"/>	Koffein <input type="checkbox"/>	Cannabis <input type="checkbox"/>	THC <input type="checkbox"/>
CBD <input type="checkbox"/>	Opiate <input type="checkbox"/>	Heroin <input type="checkbox"/>	Fentanyl <input type="checkbox"/>	Kokain <input type="checkbox"/>
Amphetamine <input type="checkbox"/>	Speed <input type="checkbox"/>	Adderall <input type="checkbox"/>	LSD <input type="checkbox"/>	Psilocybinhaltige Pilze <input type="checkbox"/>
Ayahuasca <input type="checkbox"/>	Meskalin <input type="checkbox"/>	Ketamin <input type="checkbox"/>	GHB <input type="checkbox"/>	K.O.-Tropfen <input type="checkbox"/>
MDMA <input type="checkbox"/>	Ecstasy <input type="checkbox"/>	Methamphetamine <input type="checkbox"/>	Crystal Meth <input type="checkbox"/>	Benzodiazepine <input type="checkbox"/>
Valium <input type="checkbox"/>	Schlafmittel <input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>	Sonstige Substanzen _____	

Für jede ab und zu, immer wieder oder regelmäßig konsumierte Substanz geben Sie bitte folgendes an:

Name der Substanz	seit	bis	jetzt	Menge/Dosis	Intervall	Anmerkungen
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>			
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>			
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>			
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>			
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>			

Leiden Sie unter Ihrem momentanen Substanzkonsum?

ja nein Wenn nein, warum? _____

Sonstige wichtige Anmerkungen zu Ihrem Substanzkonsum:

SEXUALITÄT UND GESCHLECHTSIDENTITÄT

Hatte Sie jemals traumatische oder sehr negative sexuelle Erlebnisse (z.B. Missbrauch, sexuelle Belästigung)?

ja nein Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Umstände: _____

Hatten Sie schon einmal negative Gefühle (z.B. Ängste, Wut, Trauer, Schuldgefühle, Schamgefühle) aufgrund sexueller Gefühle oder Handlungen (z.B. Sex, Selbstbefriedigung, Pornographiekonsum)?

ja nein Wenn ja, warum und welche: _____

Bitte beschreiben Sie Ihre Geschlechtsidentität
(z.B. Mann, Frau, Divers, Nicht-Binär, Cis, Trans, etc.):

Bitte beschreiben Sie Ihre sexuelle Identität
(z.B. Hetero, Homo, Bi, Queer, Schwul, Lesbisch, Pan, etc.):

Wie viele sexuelle Partner:innen hatten Sie ca. in Ihrem Leben?

Welchen sexuellen und Geschlechts-Identitäten gehörten diese manchmal, oft, meistens oder immer an?

Leiden Sie unter sexuellen Funktionsstörungen (z.B. Impotenz, Vaginismus)?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum? _____

Sind Sie mit Ihrer Geschlechtsidentität zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum? _____

Sonstige wichtige Anmerkungen zu Ihrer Sexualität und Geschlechtsidentität:

FRÜHER: ELTERNHAUS, KINDHEIT UND JUGEND

Erster Elternteil bzw. wichtigste erziehungsberechtigte Bezugsperson

Name des ersten Elternteils _____
Geburtsdatum des ersten Elternteils TT.MM.JJJJ Geschlecht des ersten Elternteils _____

Ist Ihr erster Elternteil bereits verstorben?

ja nein nicht bekannt

Falls verstorben, Todesursache und Zeitpunkt des Todes: _____

Besteht eine leibliche Verwandtschaft zum ersten Elternteil?

ja nein nicht bekannt

Sind Sie im gemeinsamen Haushalt mit Ihrem ersten Elternteil aufgewachsen?

ja nein

Was ist/war der Beruf Ihres ersten Elternteils?

Ist Ihr erster Elternteil jemals mit einer schweren physischen oder psychischen Krankheit diagnostiziert worden?

ja nein Wenn ja, von wann bis wann und welche Diagnose (soweit bekannt)?

Hatte Ihr erster Elternteil jemals Probleme mit Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen oder anderen Substanzen und Suchtmitteln?

ja nein Wenn ja, von wann bis wann und welche Substanzen (soweit bekannt)?

Falls vorhanden, zweiter Elternteil bzw. zweitwichtigste erziehungsberechtigte Bezugsperson

Name des zweiten Elternteils _____
Geburtsdatum des zweiten Elternteils TT.MM.JJJJ Geschlecht des zweiten Elternteils _____

Ist Ihr zweiter Elternteil bereits verstorben?

ja nein nicht bekannt

Falls verstorben, Todesursache und Zeitpunkt des Todes: _____

Besteht eine leibliche Verwandtschaft zum zweiten Elternteil?

ja nein nicht bekannt

Sind Sie im gemeinsamen Haushalt mit Ihrem zweiten Elternteil aufgewachsen?

ja nein

Was ist/war der Beruf Ihres zweiten Elternteils?

Ist Ihr zweiter Elternteil jemals mit einer schweren physischen oder psychischen Krankheit diagnostiziert worden?

ja nein Wenn ja, von wann bis wann und welche Diagnose (soweit bekannt)?

Hatte Ihr zweiter Elternteil jemals Probleme mit Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen oder anderen Substanzen und Suchtmitteln?

ja nein Wenn ja, von wann bis wann und welche Substanzen (soweit bekannt)?

Andere Familienmitglieder

Zusätzliche Elternteile, Erziehungsberechtigte, leibliche Eltern oder andere Erwachsene, die während Ihrer Kindheit im selben Haushalt gelebt haben:

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	ggf. Todesdatum	Beziehung zu Ihnen	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		

Geschwister, Stiefgeschwister oder andere Kinder, die während Ihrer Kindheit im selben Haushalt gelebt haben:

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	ggf. Todesdatum	Beziehung zu Ihnen	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		

Großeltern, die Sie persönlich kennen/kannten:

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	ggf. Todesdatum	Beziehung zu Ihnen	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		

Andere wichtige Bezugspersonen in Kindheit und Jugend:

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	ggf. Todesdatum	Beziehung zu Ihnen	Anmerkungen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ		

Sind die im Abschnitt „andere Familienmitglieder“ genannten Personen jemals mit einer schweren physischen oder psychischen Krankheit diagnostiziert worden?

ja nein Wenn ja, wer, von wann bis wann und welche Diagnose (soweit bekannt)?

Hatten die im Abschnitt „andere Familienmitglieder“ genannten Personen jemals Probleme mit Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen oder anderen Substanzen und Suchtmitteln?

ja nein Wenn ja, wer, von wann bis wann und welche Substanzen (soweit bekannt)?

Beziehungen

Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem ersten Elternteil in Ihrer Kindheit und Jugend:

Falls vorhanden, beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem zweiten Elternteil in Ihrer Kindheit und Jugend:

Falls vorhanden, beschreiben Sie die Beziehung zu anderen erwachsenen Familienmitgliedern in Ihrer Kindheit und Jugend:

Falls vorhanden, beschreiben Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern und anderen Kindern im elterlichen Haushalt in Ihrer Kindheit und Jugend:

Auf welche Art wurden Sie als Kind „belohnt“ und von wem? Auf welche Art wurden Sie als Kind „bestraft“ und von wem?

Wie kamen Eltern und Erziehungsberechtigte miteinander aus?

Wie kamen Eltern und Erziehungsberechtigte mit den Kindern aus?

Gab es Scheidungen, Trennungen, Partnerwechsel, Wiederheiraten oder andere Beziehungsveränderungen?

ja nein Wenn ja, welche, wann und zwischen welchen Personen?

Wechselten Ihre Erziehungsberechtigten während Kindheit und/oder Jugendzeit?

ja nein Wenn ja, von wem wurden Sie während welchem Zeitraum erzogen?

Wechselten Ihre Erziehungsberechtigten während Kindheit und/oder Jugendzeit?

ja nein Wenn ja, von wem wurden Sie während welchem Zeitraum erzogen?

Wechselten Sie als Kind den Wohnort?

ja nein Wenn ja, wo wohnten Sie während welchem Zeitraum und mit wem?

Ist es in Ihrer Familie jemals zu Situationen gekommen, die Sie heute als Missbrauch bewerten würden?

ja nein Wenn ja inwiefern, wann und warum?

Haben sich Familienmitglieder jemals ungewünscht in Ihre höchstpersönlichen Lebensbereiche eingemischt (Partnerschaft, Berufswahl, Beziehungen, Sexualität)?

ja nein Wenn ja, inwiefern, wann, wer und welcher Bereich?

Wurden Sie religiös erzogen?

ja nein Wenn ja, welche Religion? _____

Wenn ja, wie wichtig war Ihnen Ihre Religion in Ihrer Kindheit und Jugend? _____

Schule und Freizeit

Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Mitschüler:innen und anderen gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen zu denen Sie regelmäßig Kontakt hatten:

Was waren Ihre Stärken in der Schule?

Was waren Ihre Schwächen in der Schule?

Waren Sie in der Schule verhaltensauffällig?

ja nein Wenn ja, inwiefern? _____

Was waren früher Ihre Berufsziele?

Höchster Schulabschluss (z.B. Hauptschule, Matura):

Was waren Ihre Interessen und Hobbys in Ihrer Kindheit und Jugend?

Was waren Ihre sportlichen Neigungen in Ihrer Kindheit und Jugend?

Hatten Sie eine glückliche Kindheit und Jugendzeit?

ja nein wenn nein, warum? _____

Sonstige wichtige Anmerkungen zu Ihrer Kindheit und Jugend:

HEUTE: FAMILIE, BEZIEHUNGEN, BESCHÄFTIGUNGEN

Familienstand

Momentaner Familienstand:

ledig, allein getrennt ledig, mit fester Partner:in in einer Lebenspartnerschaft
verheiratet geschieden verwitwet

Seit wann ist das Ihr Familienstand?

Bitte geben Sie alle vergangenen festen Partnerschaften an:

Name	Geschlecht	Zeitraum	Beziehung	momentale Beziehung
		TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ		
		TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ		

Anmerkungen zu Ihren vergangenen festen Partnerschaften:

Falls vorhanden, momentane Partner:in

Name des/der Partner:in _____
Geschlecht des/der Partner:in _____ Beruf des/der Partner:in _____

Seit wann kennen Sie einander?

Seit wann sind Sie zusammen?

Was haben Sie mit Ihrer Partner:in gemeinsam?

Was unterscheidet Sie von Ihrer Partner:in?

Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?

ja nein
Wenn nein, warum? _____

Falls vorhanden, Kinder

Bitte geben Sie alle Ihre Kinder an:

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	leibliche Eltern und alle Erziehungsberechtigten
		TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zu Ihren Kindern:

Sind Sie mit der Beziehung zu Ihren Kindern zufrieden?

ja nein wenn nein, warum?

Beziehungen

Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem ersten Elternteil heute:

Falls vorhanden, beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem zweiten Elternteil heute:

Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern und anderen Kindern im elterlichen Haushalt heute:

Wer sind momentan die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	kennengelernt	Beziehung zu Ihnen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	

Fällt es Ihnen leicht Freundschaften zu schließen?

ja nein Wenn nein, warum?

Halten Ihre Freundschaften lange an?

ja nein Wenn nein, warum?

Fällt es Ihnen leicht, wichtige eigene Interessen anderen gegenüber durchzusetzen?

ja nein Wenn nein, warum?

Sind Sie mit Ihren Beziehungen zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum?

Sonstige wichtige Anmerkungen zu Ihren Beziehungen:

Beruf, Finanzen und Rechtliches

Momentane Wohnverhältnisse (Miete, Eigentum, etc.):

Mit wem leben Sie im selben Haushalt? (bitte führen Sie alle Personen an)

Name	Geschlecht	Geburtsdatum	kennengelernt	Beziehung zu Ihnen
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	
		TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	

Berufe, Studien oder andere Hauptbeschäftigungen, die Sie in Ihrem Leben ausüben oder ausgeübt haben:

Tätigkeit	seit	bis	jetzt	Ort
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	
	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/>	

Sind Sie mit Ihrer momentanen Hauptbeschäftigung (z.B. Beruf, Studium) zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum?

Was verdienen Sie netto im Monat?

Wie viel kostet Ihr Lebensunterhalt im Monat?

Was streben Sie monatlich finanziell an?

Was streben Sie beruflich an?

Haben Sie Probleme an Ihrem Arbeitsplatz bzw. fühlen Sie sich überdurchschnittlich belastet?

ja nein Wenn ja, inwiefern?

Gibt es spezielle berufliche Erschwernisse (Arbeitslosigkeit, Reha, längere Arbeitsunfähigkeit, Krankenstand, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Pension oder Pensionsantrag)?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es spezielle finanzielle Erschwernisse (Zahlungen, Rechtsstreitigkeiten, Schulden, Unterhaltszahlungen, unregelmäßiges Einkommen)?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es rechtliche Erschwernisse (Anzeigen, laufende Verfahren, Verurteilungen, gerichtliche Auflagen)?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Freizeit

Momentane Hobbys, Interessen und Freizeitbeschäftigungen:

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

Was tun Sie um sich zu entspannen?

Um wieviel Uhr schlafen Sie normalerweise ein?

Um wieviel Uhr stehen Sie normalerweise auf?

Welche Sportarten und andere Formen von Fitness und Bewegung betreiben Sie, und wie oft betreiben Sie diese?

Welchen kreativen Tätigkeiten (Schreiben, Malen, Singen, Schauspiel, etc.) gehen Sie nach, und wie häufig tun Sie dies?

Sind Sie religiös?

ja nein Wenn ja, welche Religion? _____

THERAPIEERWARTUNGEN

Bitte führen Sie alle Probleme, die Sie im Rahmen Ihrer Therapie bearbeiten möchten an:

Problem	Idealzustand	Leidensdruck
_____	_____	leicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 sehr stark
_____	_____	leicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 sehr stark
_____	_____	leicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 sehr stark
_____	_____	leicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 sehr stark
_____	_____	leicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 sehr stark

Welches Problem würden Sie als Ihr derzeitiges Hauptproblem bezeichnen?

Ab wann entwickelte sich dieses Problem?

Wie häufig tritt derzeit dieses Problem auf?

Wie reagieren Nahestehende auf Ihr Problem?

Welche Vermutungen und Erklärungen haben Sie für das Auftreten Ihres Problems?

In welchen Lebensbereichen (z.B. Arbeit, Beziehungen) schränkt Sie dieses Problem ein?

Wen haben Sie bis jetzt bzgl. Ihrer momentanen Schwierigkeiten um Rat gefragt?

Wie lange besteht bei Ihnen schon der Wunsch nach therapeutischer Hilfe?

Warum haben Sie sich gerade jetzt dafür entschieden eine Psychotherapie zu beginnen?

Was haben Sie bisher selbst unternommen um Ihre Schwierigkeiten zu lösen?

Welches ist Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie?

Halten Sie es für notwendig, dass Personen Ihrer Umgebung in die Therapie miteinbezogen werden?

ja nein Wenn ja, wer und warum?

ABSCHLUSS

Zusätzliche wichtige Informationen mit Relevanz für Ihre Therapie:

Sonstige Anmerkungen:

Wie lange haben Sie gebraucht um diesen Fragebogen zu beantworten?