

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Alter: _____

Chiffre* _____

*Anfangsbuchstabe des Nachnamens mit Geburtsdatum im Format *ATTMMJJ*

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen soll mir helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu bekommen, sowie von der Umwelt, in der sie aufgewachsen sind und von der Umwelt, in der sie jetzt leben.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen allein und in aller Ruhe aus. Rechtschreibung und Formulierungen sind nicht so wichtig, es kommt nur auf den Inhalt an, nicht auf die Form.

Wenn Sie eine Frage schriftlich nicht beantworten möchten, machen Sie bitte einen entsprechenden Vermerk (z.B. "möchte ich persönlich erläutern"). 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.

Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Vielen Dank

1. Zur aktuellen Problematik

Wie dringend ist es für Sie, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

0 ----- 20 ----- 40 ----- 50 ----- 60 ----- 80 ----- 100
unnötig mittel unbedingt
erforderlich

Welche der folgenden Zustände oder Gefühle treffen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Begriffe an:

- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Antriebslosigkeit
- Herzklopfen
- Schmerzen
- Ohnmachten
- Verdauungsstörungen
- Interessenverlust
- Appetitlosigkeit
- Ärgerzustände
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Panikgefühle
- Magenprobleme
- Spannungsgefühle
- Konflikte
- Freudlosigkeit
- Gedächtnisprobleme
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Erinnerungslücken
- starkes Schwitzen
- Selbstmordgedanken
- Überehrgeiz
- Schüchternheit
- Minderwertigkeit
- gedrückte Stimmung
- Entscheidungsunfähigkeit
- Leere
- Einsamkeit
- Unflexibel
- schlechte Familienverhältnisse
- Schwierigkeiten Freundschaften zu schließen
- Probleme die Arbeit oder Beziehungen zu halten
- Schuldgefühle
- Rechtschreib-, Sprach oder Rechenprobleme
- Perfektionismus
- Zittern
- Trinke öfter Alkohol
- Auflösungsgefühle
- negative Gedanken
- finanzielle Probleme
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gefühle von Wertlosigkeit
- Kommunikationsprobleme
- pessimistische Zukunftsgedanken
- nehme oft Schmerztabletten
- Schreckhaftigkeit
- Unfähigkeit zur Entspannung
- Schwierigkeiten mich zu amüsieren
- Kreislaufprobleme

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Beschwerden:

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

a) Herkunftsanamnese

Was ist Ihr **Geburtsort** und wer waren die vertrautesten **Bezugspersonen** ihrer Kindheit?

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?
(z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich usw.)

Alter Ihres Vaters (ggf. Stiefvaters) bei Ihrer Geburt:	Sein Beruf und letzte Tätigkeit:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:
Nennen Sie seine wichtigsten Eigenschaften:		
Beschreiben Sie seine Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit / Jugend (wie behandelte er Sie?):		
Auf welche Weise wurden Sie von ihm gelobt und bestraft ?		
Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf:		
1.		
2.		
3.		
Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater heute:		

Alter Ihrer Mutter (ggf. Stiefmutter) bei Ihrer Geburt:	Ihr Beruf und letzte Tätigkeit:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:
Nennen Sie ihre wichtigsten Eigenschaften:		
Beschreiben Sie ihre Einstellung zu Ihnen in Ihrer Kindheit / Jugend (wie behandelte sie Sie?):		
Auf welche Weise wurden Sie von ihr gelobt und bestraft ?		
Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf:		
1.		
2.		
3.		
Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter heute:		

Geschwister (Vorname):	Altersunterschied (in Jahren +/- zu Ihnen); falls verstorben wann:	Beziehung zwischen Ihnen früher :	Beziehung zwischen Ihnen heute :

Beschreiben Sie kurz Ihre **religiöse (oder spirituelle) Erziehung**:

Beschreiben Sie kurz die Einstellung Ihrer Eltern / Geschwister gegenüber **Sexualität**:

Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen ?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern akzeptiert ?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt ?

Gab oder gibt es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft (ggf. bei wem)

... bei jemandem die gleichen oder ähnlichen Symptome oder Probleme wie bei Ihnen?

... körperliche Erkrankungen?

... Fehlgeburten oder Abtreibungen?

... Missbrauch?

... Misshandlungen?

... Behinderungen?

... seelische Erkrankungen?

... Suchtprobleme?

... Suizide bzw. Suizidversuche?

... Todesfälle?

b) Leistungsanamnese

Schule/Ausbildung/Studium/Weiterbildung (Abschlüsse) / Ihr jeweiliges Alter

Welche **positiven** und welche **negativen** Erinnerungen haben Sie aus der Schul- / Ausbildungszeit?

Arbeitsstellen / Berufsbezeichnung (früher und aktuell) / Ihr jeweiliges Alter

Haben Sie Probleme am jetzigen Arbeitsplatz ggf. welche?

Veränderungswünsche:

c) Sozialanamnese

Alter Ihres Partners / Ihrer Partnerin:

sein / ihr Beruf:

befreundet seit:

verheiratet seit:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

Welche Schwierigkeiten in der Beziehung gibt es?

Bedeutsame frühere Freundschaften / Partnerschaften:

Namen Ihrer Kinder	Geburtsjahr	Schule / Beruf	Spezielle Probleme	Ihre Beziehung zum Kind

Haben Sie **Bekannte und Freunde**?

Wie häufig treffen Sie sich?

Ihre Gemeinsamkeiten:

Dauer der Freundschaften:

Wann und wie haben sich Freundschaften ggf. verändert?

Wie gehen Sie mit Konflikten in Ihrem sozialen Umfeld um (Beruf, Ausbildung, Privat etc.)?

d) Störungsanamnese

Schildern Sie kurz, wann Ihre Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind und wie sie sich bis heute weiterentwickelt haben:

Falls Sie krankgeschrieben sind, seit wann?

Wie war Ihr Gesundheitszustand während Kindheit und Jugend?

Welche Krankheiten und psychischen Störungen hatten Sie?

Wo und ggf. wann waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung oder Beratung und was war dort für Sie positiv bzw. negativ?

Jahr / Monat	Praxis/Einrichtung/Klinik/Beratung	Anlass/Erlerntes/Positives+Negatives

Bitte beschreiben Sie Bezugspersonen, Beziehungen, Konflikte, Verluste, angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte sowie mögliche Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen. Es ist hilfreich, wenn Sie dabei immer Ihr (ggf. geschätztes) Alter nennen.

0 - 3 Jahre:

(z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)

3 - 6 Jahre:

(z.B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen, Geburt von Geschwisterkindern, usw.)

6 - 10 Jahre:

(z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern)

10 - 15 Jahre:

(z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Schwangerschaftsabbrüche, Fehl- oder Frühgeburten Freundschaften usw.)

15 - 20 Jahre:

(z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus usw.)

20 - 25 Jahre:

(z.B. Partnersuche, Selbständigkeitsentwicklung)

Ab dem 25. Lebensjahr:

(z.B. Wohn- und Beziehungssituation)

3. Selbst- und Fremdeinschätzung

Beschreiben Sie bitte sich selbst mit positiven und negativen Eigenschaften:

Wie würden andere Sie mit positiven und negativen Eigenschaften beschreiben:

4. Gesundheitsverhalten

Bitte geben sie an, welche Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig eingenommen haben bzw. einnehmen (Menge pro Tag)

Medikamente:

Drogen:

Alkohol:

Zigaretten:

Kaffee / Tee:

Sonstige:

Welche der oben genannten Substanzen/ Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Welche Hobbies haben Sie und wie häufig im Monat beschäftigen Sie sich damit?

Wie war Ihr Gewicht mit 18 und wie ist es heute?

Wie ist Ihr Essverhalten früher/heute?

Wie ist Ihr Schlafverhalten früher/heute?

Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand früher/heute?

Gibt es körperliche Erkrankungen wegen derer sie in Behandlung sind?

5. Eigenes Erklärungsmodell

a) Verhalten

Was ist Ihnen über die **Entstehungsbedingungen** Ihrer Probleme bekannt, was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

In welchen Situationen treten Ihre Probleme **gehäuft** auf?

In welchen Situationen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

Dieses Verhalten von mir ist übertrieben / zu extrem:

Dieses Verhalten von mir ist zu selten / kommt gar nicht vor:

Dieses Verhalten von meinem Umfeld tut mir gut / würde mir guttun:

Dieses Verhalten von meinem Umfeld schadet mir / stört mich:

Wie reagieren Sie, wenn Ihre Probleme auftreten ?

b) Gedanken / Gefühle

Welche typischen Gedanken treten im Zusammenhang mit Ihren Problemen auf?

Welche Gefühle sind damit verbunden?

Bitte beenden Sie in dem vor dem Hintergrund folgenden Satz: Ich bin ein Mensch, der...

Wieviel Prozent der Verantwortung für Ihr Problemen tragen...

- Sie selbst (0 - 100%):

- andere (0 - 100%):

c) Körper

Welche **körperlichen** Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?

6. Diagnose

Welche Diagnose gab Ihr Hausarzt oder andere Fachärzte?

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

Wie bezeichnen andere Ihr Problem?

7. Informationen zur Formulierung der Therapieziele

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihrem Problem? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?

In welcher Hinsicht würde sich Ihr Leben verändern, wenn Ihr Problem gelöst wäre?

Wann benutzen Sie Ihr Problem schon mal als Ausrede?

Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?

Auf welche mögliche Überforderung oder Überlastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß (früher - heute)?

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

Was beruhigt Sie?

Wie haben Sie sich bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?

Wer außer Ihnen hat noch Interesse daran würde davon profitieren, dass Sie sich in Therapie begeben?

Wer steht Ihrer psychotherapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

Der Erfolg einer Therapie hängt auch von Ihrer Bereitschaft ab, Ihrem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen scheinen Ihnen noch wichtig zu sein? (z.B. beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen)

Nennen Sie bitte Ihre wichtigsten Veränderungsziele:	Was könnten Sie tun, um diese Ziele zu erreichen?
1.	1.
2.	2.
3.	3.

8 Informationen zur Formulierung des Behandlungsplans

Sind Sie bereit, zwischen den einzelnen Sitzungen Therapieaufgaben zu erledigen (z.B. täglich schriftliche Problemaufzeichnungen, Umstellung von Gewohnheiten)?

Wie haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern oder was könnten Sie zusätzlich noch zu Ihrer Veränderung beitragen?

Falls Sie schon Erfahrung oder eine Idee haben: Welche therapeutischen Techniken könnten Ihnen helfen oder haben Ihnen bereits geholfen?

Ausfülldatum des Fragebogens: _____

Anlagen:

(Kurzbeschreibung in 1-5) Bei früheren Therapien/therapeutischen Klinikaufhalten bitte die Kopien der Abschlussberichte der letzten zwei Jahre einreichen. Bei einer Suchtproblematik ist das Einreichen von aktuellen Abstinenznachweisen zur Beantragung einer Langzeittherapie notwendig.

Bitte schwärzen Sie alle Stellen mit Ihrem Namen, da das die Bearbeitungszeit erheblich verkürzt.

1)

2)

3)

4)

5)

Dieser Fragebogen basiert auf typischen Mustern wie sie in Praxen und Kliniken genutzt werden. Für Anregungen oder Hinweise z.B. auf Wiederholungen oder Unklarheiten bin ich Ihnen dankbar.