

ANAMNESEBOGEN FÜR PAARTHERAPIE

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen durch und beantworten diese spontan. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

PERSONENDATEN

Name, Vorname: _____

Geschlecht: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Waren Sie bereits früher in einer Paartherapie? ja nein

Waren Sie schon einmal in einer Psychotherapie? ja nein

Waren Sie schon einmal einem/r Heilpraktiker/in für Psychotherapie? ja nein

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Sind Sie zurzeit in Behandlung bei einem/r Heilpraktiker/in für Psychotherapie?
 ja nein

Nehmen Sie Psychopharmaka? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Alter: _____ Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Religionszugehörigkeit: katholisch protestantisch andere Religion
 konfessionslos

Zivilstand: ledig feste Beziehung verheiratet in Scheidung
 in Trennung

Dauer der Partnerschaft: _____ Dauer der Ehe: _____

Wohnsituation: alleine mit Partner/in andere Situation

Anzahl der Kinder: _____

Alter / Geschlecht des 1. Kindes: _____ Alter / Geschlecht des 2. Kindes: _____

Alter / Geschlecht des 3. Kindes: _____ Alter / Geschlecht des 4. Kindes: _____

Wie groß ist Ihr Bekanntenkreis (Freunde, Kollegen, Nachbarn)?

- kaum Freunde und engere Bekannte 1 bis 5 Personen
 6 bis 10 Personen mehr als 10 Personen

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit diesen Kontakten?

- Ich bin zufrieden, so wie es ist Ich hätte gerne intensivere/mehr Kontakte
 Ich hätte gerne weniger bzw. befriedigendere Kontakte

Aktueller Berufsstand:

- Arbeiter/in
 Facharbeiter/in
 Landwirt/in
 Angestellte/r bzw. Beamter/in
 Freier Beruf
 Hausfrau/mann
 in Ausbildung
 Leitende/r Angestellte/r bzw. Höhere/r Beamter/in

Höchster Bildungsabschluss:

- Primarschule/Grundschule
 Sekundarschule
 Berufsschule/Mittelschule
 Gymnasium/Abitur
 Hochschule/Universität

Einkommen pro Jahr (netto): _____

Arbeitspensum: Vollzeit Teilzeit: _____ (Bitte Prozent angeben)

zur Zeit arbeitslos: ja nein wenn ja seit: _____

Derzeitiger Arbeitsgeber: Name: _____

Branche: _____

ANGABEN ZU IHRER LEBENSGESCHICHTE

1) Besondere Ereignisse in der Kindheit/Jugend (Verlust wichtiger Bezugspersonen, Umzüge, Unfälle etc.):

2) Körperliche Krankheiten im bisherigen Leben:

3) Bekannte körperliche Krankheiten in der Herkunftsfamilie:

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister: _____

Verwandte (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben): _____

4) Psychische Probleme im bisherigen Leben:

5) Bekannte körperliche Krankheiten in der Herkunftsfamilie:

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister: _____

Verwandte (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben): _____

6) Anzahl Geschwister: _____

7) Zivilstand der Eltern: ledig verheiratet verwitwet geschieden

8) Beruf der Eltern:

Vater:

- Arbeiter
- Facharbeiter
- Landwirt
- Angestellter/Beamter
- Leitende Angestellter/Höherer Beamter
- Freier Beruf
- Hausmann
- _____

Mutter:

- Arbeiterin
- Facharbeiterin
- Landwirtin
- Angestellte/Beamtin
- Leitende Angestellte/Höhere Beamtin
- Freier Beruf
- Hausfrau
- _____

ANGABEN ZU DEN PARTNERSCHAFTSPROBLEMEN

9) Beschreiben Sie die Probleme in Ihrer Partnerschaft:

10) Seit wann bestehen Probleme in Ihrer Partnerschaft?

11) Wann traten sie zum ersten Mal auf?

12) Wann haben sich die Probleme zugespitzt und verschärft?

13) Wann treten die Probleme vor allem auf?

14) Gibt es Zeiten, in denen die Probleme nicht auftreten oder schwächer sind?

15) Haben Sie aktuell körperliche Beschwerden/Symptome? (Bitte kurze Beschreibung)

16) Seit wann bestehen diese Probleme?

17) Bisheriger Verlauf der Probleme:

18) Verändern sich die Probleme in An- und Abwesenheit Ihres Partners/Ihrer Partnerin?

19) Gegenwärtige Belastungsfaktoren:

20) Wie viel Zeit verbringen Sie in der Woche miteinander?

21) Halten Sie diese Zeit für ausreichend? ja nein

22) Empfinden Sie die gemeinsame Zeit als positiv bzw. sinnvoll genutzt? Was würden Sie ggf. ändern wollen?

ANGABEN ZU DEN ZIELEN DER PAARTHERAPIE

23) Was erwartet Sie von der Behandlung?

24) Was genau soll durch die Therapie erreicht werden (kurz-/langfristig)?

25) Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Partner mit diesen Zielsetzungen einverstanden ist?

ja nein

26) Sind Einzelsitzungen erwünscht bzw. erforderlich? ja nein

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Verlauf und die Wirkung der Paartherapie beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Für Sitzungen, die zwischen 48 und 24 Stunden vor Termin abgesagt werden, werden 50 % des Sitzungshonorars berechnet. Für Sitzungen, die weniger als 24 Stunden vor Termin oder gar nicht abgesagt werden, werden 75% des Sitzungshonorars berechnet. Bis 48 Stunden vor Termin fallen keine Absagekosten an. Absagen per Anrufbeantworter sind gültig.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift der Heilpraktikerin für Psychotherapie