Fragebogen zur Lebensgeschichte

Datum heute:	Geburtsdatum:	Ihr aktuelles Alter:
Name:	Vorname:	
Adresse:		
Telefon:	Mobil:	
E-Mail:		
Berufsausbildung:		
Art der gegenwärtigen Beschäftigung:		
Vollzeit / Teilzeit / erwerbslos / in Ausbildung (bitte einkreisen)		
Wie haben Sie von meiner Praxis gehört?		
Mit wem leben Sie derzeit zusammen (bitte führen Sie alle Menschen/Tiere auf)?		
Leben Sie in einer Wohnung, einem Apartment, zur Untermiete, im eigenen Haus? Wie viele Räume bzw. Quadratmeter stehen Ihnen zur Verfügung?		
Familienstand: Single / in Partnerschaft / verheiratet / wiederverheiratet / getrennt / geschieden / verwitwet / oder:		
Religionszugehörigkeit: a) während der Kindheit: ja – nein	b) heute: ja - nein	
Religiöse Aktivität: a) während der Kindheit: ja – nein	b) heute: ja - nein	

Ihr Beratungsanlass

Beschreiben Sie mit eigenen Worten, weshalb Sie eine Behandlung wünschen bzw. was Sie in meine Praxis führt:
Was möchten Sie durch die Behandlung für sich erreichen?
Beschreiben Sie kurz Geschichte und Entwicklung Ihrer Beschwerden bzw. Ihres Problems. Wann genau (!) und wie begannen diese? Welche anderen wichtigen Lebensereignisse und Umstände haben zu dieser Zeit für Sie eine wichtige Rolle gespielt?
Wie haben sich die Beschwerden bis heute weiterentwickelt?
Wie häufig und unter welchen Bedingungen treten die Beschwerden jetzt auf?
Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Eltern, Kinder, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Freunde) auf Ihre Beschwerden?
Wie erklären Sie sich selbst die Entstehung und Bedeutung der Beschwerden? Was vermuten Sie?
Wie erklärt sich Ihre Umwelt Entstehung und Bedeutung der Beschwerden?
Wer möchte außer Ihnen noch, dass Sie sich in Therapie begeben?

Wer steht einer solchen Behandlung eher ablehnend gegenüber?
Was verhindert Ihr Problem? Was macht es in Ihrem Leben unmöglich?
Was müsste geschehen, damit Ihr Problem von selbst verschwindet?
Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihr Problem halten? leicht - störend - mittel - schwer - sehr schwer - extrem schwer - total unerträglich
Was haben Sie bislang selbst gegen die Beschwerden bzw. Ihr Problem unternommen?
Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegen. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben? Für Sie: Für andere:
Benutzen Sie Ihre Probleme auch schon mal als Ausrede? Was sagen Sie dann?
Wen haben Sie bislang wegen Ihrer momentanen Beschwerden um Rat oder Behandlung gebeten? Monat/Jahr Praxis/Einrichtung/Klinik Art der Behandlung/Beratung:
Welche Personen außer Ihnen würden von einem Behandlungserfolg profitieren?
Wer unterstützt Sie sonst noch im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

Körperliche Befindlichkeiten

Tragen Sie bitte in die folgende Tabelle ein, welche Drogen Sie einnehmen (Einnahme seit - Häufigkeit pro Tag): Kaffee (Koffein)_____ Zigaretten/Zigarren/Pfeife/Dampfzigarette_____ Alkohol_____ Andere Substanzen_____
Zu Ihrer Kindheit Geburtsdatum: _____ Uhrzeit der Geburt:_____ Geburtsort:_____
Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, soweit es Ihnen bekannt ist: Komplikationen während der Geburt?
Kreuzen Sie an, welche Aussagen zu Ihrer Kindheit zutreffen (bitte einkreisen): Alpträume - Bettnässen - Schlafwandeln - Daumenlutschen – Nägelkauen - Stottern - Ängste - glückliche Kindheit - unglückliche Kindheit; Sonstige Auffälligkeiten:
Gesundheitszustand während der Kindheit und Jugend:
Besuchten Sie einen Kindergarten/Kindergruppe/KiTa und wie ging es Ihnen dort?

Bitte listen Sie in der folgenden Tabelle chronologisch alle wichtigen Krankheiten, Unfälle, Verletzungen und Operationen Ihres Lebens auf: Jahr - Ihr Alter - Art der Krankheit/Unfall/Operation - Krankenhausaufenthalte:
Zurückgebliebene Folgen bzw. Ihr Kommentar:
Ihre heutige Größe: _____cm; Ihr heutiges Gewicht: _____kg; Ihre Ruhepulsfrequenz: _____Schläge/Minute; Ihr Blutdruck: sys_____ dia_____
Spiele und Interessen während der Kindheit: Interessen und Hobbys während der Jugendzeit: Sportliche Neigungen: früher: heute:
Momentane Hobbys und Interessen: Vereinsmitgliedschaften:
Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?
Was machen Sie am Wochenende?
Wie oft und wie lange machen Sie Urlaub? Wie gestalten Sie diesen
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu anderen Menschen

Ausbildung und Beruf

Bitte tragen Sie wesentliche Teile Ihrer Schullaufbahn und Ihrer Berufsausbildung ein: Von / bis - Ihr Alter - Art der Schule bzw. Ausbildung - Art des Abschlusses
Welche Berufs- und Lebensziele hatten Ihre Eltern für Sie vorgesehen?
Was waren Ihre eigenen Wünsche?
Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern bzw. Arbeitskollegen?
Stärken in der Schule:
Schwächen in der Schule:
Womit konnte man Sie in der Schule hänseln, welchen Spitznamen hatten Sie?

Mit wem besprechen Sie persönliche Dinge?
Wie schnell schließen Sie Freundschaften?
Von wem geht das Kontaktangebot aus?
Wie lange halten diese Freundschaften an?
Wie viele sehr gute Freunde haben Sie?

Gefühle und Stimmungen

Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?
Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft: Wertlos – nutzlos - ein Niemand - Leben ist sinnlos - inadäquat – dumm - Schreckliche Gedanken - naiv - mache nichts richtig – schuldig - böse - liege moralisch falsch - inkompetent - feindlich - voller Hass - ängstlich - getrieben - selbstunsicher - Panikneigung - aggressiv - hässlich - deformiert - unattraktiv - abstoßend - Deprimiert - einsam - ungeliebt - missverstanden - gelangweilt - hoffnungslos - ruhelos - verwirrt - ohne Zuversicht - im Konflikt - voll Ablehnung - wertvoll - sympathisch - attraktiv - intelligent - optimistisch - vernünftig – hoffnungsvoll Anderes:
Schreiben Sie Ihre fünf größten Ängste auf: 1 2 3 4 5
Dachten Sie schon einmal daran, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wann und aus welchen Gründen?
Hat jemand in Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis eine Selbsttötung unternommen? Wann ja, wer? Kennen Sie die Gründe?
Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft: Kopfschmerzen - Schwindel - Schwächeperioden – Ohnmachten - Herzklopfen - Magenstörung - Verdauungsstörung – Beruhigungsmitteleinnahme - Appetitlosigkeit - Schlaflosigkeit - Ärgerzustände – Alpträume –Panikgefühle – Alkoholsucht Spannungsgefühle – Konflikt - Zittern - Depressionen - Selbstmordgedanken - Drogeneinnahmeunfähig zur Entspannung – Minderwertigkeitskomplexe - schüchtern unter Leuten - mag keine Wochenenden und Ferien - unfähig, Freundschaften zu schließen - überehrgeizig - unfähig zu Entscheidungen – schlechte Familienverhältnisse - kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen - Kaufsucht Essprobleme – Arbeitssucht - Schwierigkeiten, mich zu amüsieren - finanzielle Probleme - Konzentrationsschwierigkeiten - starkes Schwitzen- Gedächtnisschwäche - einsam - kann Arbeit nicht längere Zeit behalten - nehme oft Schmerzmittel
Notieren Sie bitte jegliche weiteren Probleme:

Berufstätigkeit und Finanzen

Beschreiben Sie Ihre jetzige Beschäftigung:
Geben Sie bitte früher ausgeübte Berufe und Beschäftigungen an: Von – bis Art der Beschäftigung

Wie sehr befriedigt Sie die Tätigkeit, die Sie zurzeit beruflich ausüben:
Worauf führen Sie das zurück?
Kommen Sie mit dem Nettoverdienst für den Lebensunterhalt gut aus?
Streben Sie finanzielle Veränderungen an?
Was waren Ihre früheren Berufsziele?
Was sind Ihre heutigen Ziele?

Angaben zur Sexualität

Einstellung der Eltern zur Sexualität:
Wurden Sie aufgeklärt? Wurde über Sex gesprochen? UIn welcher Form?
Wann und auf welche Weise wurden Ihnen zum ersten Mal Ihre eigenen sexuellen Impulse bewusst?
Welche Ängste oder Schuldgefühle haben Sie schon einmal aufgrund sexueller Gefühle (z.B. bei der Masturbation) gehabt? Bitte beschreiben Sie diese
Fühlten Sie sich als Kind in Ihrem biologischen Körper wohl?
Gab es eine Geschlechtsangleichung (Transition) an Ihr psychisches Geschlecht? Frau zu Mann / Mann zu Frau / anderes / Rückumwandlung
Wie fühlen Sie sich aktuell in Ihrem Körper?
Bitte beschreiben Sie wichtige Details Ihrer ersten sexuellen Erfahrungen:
Welche besonderen wichtigen hetero- oder homosexuellen Erfahrungen gibt es für Sie?
Wie befriedigend ist Ihr momentanes Sexualleben?
Wo liegen auf sexuellem Gebiet Ihre Hemmungen?
Gibt es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?

Für Frauen: Zur Menstruation

Alter bei der ersten Periode:
Waren Sie darauf vorbereitet und informiert, oder kam es als Schockerlebnis?
Wie regelmäßig sind die Perioden?
Dauer der Periode?
Haben Sie Schmerzen?
Wie beeinflusst die Periode Ihre Stimmung?

Ehe/Partnerschaft

Falls Sie in einer Partnerschaft/Ehe leben, füllen Sie bitte die Fragen für diese/n Partner/in aus:

Alter des/der Partners/in:
Sein/Ihr Beruf:
Wie lange sind Sie verheiratet/befreundet?
Wie lange kannten Sie Ihre/n Ehepartner/in vor der Eheschließung?
Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres/r Partners/in mit Ihren eigenen Worten:
In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?
In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?
Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr/e Partner/in nach Ihrer Meinung entwickeln, um die Beziehung zu verbessern?
Welche Verhaltensweisen würden Sie gern lernen, um die Beziehung zu verbessern?
Welche Verhaltensweisen würde Ihr/e Partner/in gern bei Ihnen häufiger sehen?
Welche Verhaltensweisen stören Sie so sehr, dass Sie froh wären, wenn sie weniger häufiger aufträten?
Welche Verhaltensweisen von Ihnen stören Ihre/n Partner/in so sehr, dass sie/er froh wäre, wenn Sie sich weniger häufig so verhalten würden?
Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres/r Partners/in aus?
Bitte beschreiben Sie kurz eventuelle frühere Ehen oder andere wichtige Partnerschaften:
Wie würde Sie Ihr (Ehe)Partner als Mensch kurz beschreiben?

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Angaben zu Ihren Eltern **Zwischenzeitlich geschieden? Ja / nein**

Vater

Geburtsjahr**:**
Hochzeitsjahr:
Alter bei Ihrer Geburt:
Heutiges Alter:
Beruf:
Gesundheit, eventuelle Süchte:
Falls verstorben - Todesjahr: Todesursache:
Wie alt waren Sie dann?
Typische Eigenschaften des Elternteils: 1 2 3 4 5
Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters (oder Pflegevaters) und seine Einstellung zu Ihnen früher und heute**:**

Mutter

Geburtsjahr:
Hochzeitsjahr:
Alter bei Ihrer Geburt:
Heutiges Alter:
Beruf:
Gesundheit, eventuelle Süchte:
Falls verstorben - Todesjahr: Todesursache:
Wie alt waren Sie dann?
Typische Eigenschaften des Elternteils: 1 2 3 4 5
Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter (oder Pflegemutter) und ihre Einstellung zu Ihnen früher und heute:

Aus welchen **Kulturkreisen** stammt Ihre Ursprungsfamilie? Welche **Werte** werden innerhalb der erweiterten Familie gelebt? Wie erleb(t)en Sie die **Unterschiede** zu der Kultur, in der Sie selbst heute leben?

Ihre Geschwister:	
Geburtsjahr:	
Vorname:	Geschlecht:
Beruf: Gesundheit:	
Wie war die Beziehung früher/ heute:	
Charakter:	

Geburtsjahr:	
Vorname:	Geschlecht:
Beruf: Gesundheit:	
Wie war die Beziehung früher/ heute:	
Charakter:	

Geburtsjahr:	
Vorname:	Geschlecht:
Beruf: Gesundheit:	
Wie war die Beziehung früher/ heute:	
Charakter:	

In welchen Eigenschaften und Verhaltensweisen ähneln Sie selbst Ihren Eltern?

Mutter:
Vater:

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre zu Hause bzw. in der Familie, in der Sie aufgewachsen sind.

Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit ihren Kindern aus?
Wie sehr konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?
Wie fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?
Falls Sie Stiefeltern hatten, wie alt waren Sie bei der Wiederheirat des einen Elternteils?

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraums erzogen?
Wer (Eltern, Verwandte oder Freunde) hat sich in Ihre Ehe oder Ihren Beruf eingemischt?
Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?
Leidet jemand in Ihrer Familie an Alkoholsucht, Epilepsie oder etwas, das man als psychische Störungen oder Behinderung bezeichnen kann?
Gibt es irgendwelche anderen Mitglieder in Ihrer Familie, deren Krankheit oder ähnliches wichtig wäre zu wissen?

Eigene Kinder:

Name, Alter, Geschlecht (in chronologischer Reihenfolge), welche Kinder stammen aus früheren Ehen? (Bitte führen Sie auch Fehlgeburten und Abtreibungen auf)	
Geburtsjahr:	Alter heute:
Vorname:	Geschlecht:
Charakter:	Gesundheit:
Gibt es Besonderheiten des Kindes?	
Geburtsjahr:	Alter heute:
Vorname:	Geschlecht:
Charakter:	Gesundheit:
Gibt es Besonderheiten des Kindes?	
Geburtsjahr:	Alter heute:
Vorname:	Geschlecht:
Charakter:	Gesundheit:
Gibt es Besonderheiten des Kindes?	

Wichtige Informationen für die Therapieplanung:

Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren wichtigen Furcht- oder Stress auslösenden Erfahrungen, die Sie bis jetzt noch nicht erwähnt haben:
Zählen Sie beliebige Situationen auf, in denen Sie sich entspannen und wohlfühlen:
Wie sieht es aus, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren (Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsfälle) ? Beschreiben Sie dies bitte:
Bitte führen Sie alle Informationen auf, die dem Therapeuten zum Verständnis und Beistand bei Ihren Problemen weiterhelfen könnten, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt worden sind:

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Bitte vergeben Sie die Schulnoten 1 bis 6 für folgende Fragen:	
Für wie hilfreich halten Sie Psychotherapie? sehr hilfreich wenig hilfreich	1 2 3 4 5 6
Wie ist Ihr Gesamtbefinden?	1 2 3 4 5 6
Wie ist Ihre körperliche Gesundheit?	1 2 3 4 5 6
Wie ist Ihre psychische Gesundheit?	1 2 3 4 5 6
Wie sind Ihre Beziehungen?	1 2 3 4 5 6

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie Medikamente einnehmen:

wegen akuter Erkrankungen:	nie	häufig	
als Dauermedikation wegen chronischer körperlicher Leiden:	nie	häufig	regelmäßig
Psychopharmaka:	nie	häufig	regelmäßig
Wie häufig gehen Sie jährlich zum Hausarzt?		Mal pro Jahr	
Wie häufig gehen Sie jährlich zum Facharzt?		Mal pro Jahr	
Wie viele Tage sind Sie jährlich krankgeschrieben?		Tage pro Jahr	
Wie viele Tage verbringen Sie pro Jahr im Krankenhaus?		Tage pro Jahr	

Selbstbeschreibung

Worin liegen Ihre Begabungen und Fähigkeiten?
Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?
Welche Lebensanforderungen können Sie besonders schwer erfüllen?
Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?
In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?
Was vermeiden Sie?
Welche Lebensmaximen beeinflussen Ihr Leben (z.B. „Erst die Arbeit, dann der Spaß“)? Nennen Sie die 5 wichtigsten: 1 2 3 4 5
Durch welche Sätze haben Ihnen andere Menschen schon einmal sehr wehgetan? (Sätze, die Sie schlecht vergessen

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:

Ich bin ein Mensch, der...
Während meines ganzen Lebens…
Seit meiner Kindheit…
Es fällt mir schwer zuzugeben, dass…
Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann, ist…
Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil…
Wenn ich mir nicht solche Gedanken darum machen würde, wie andere mich sehen, dann würde ich…
Eine der Arten, wie andere mir wehtun, ist…
Vater war immer…
Mutter war immer…
Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist…
Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist…
Wenn ich nicht Angst hätte, ich selbst zu sein, würde ich…
Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ist…
Was ich von meiner (m) Frau (Mann) brauche, aber nie erhalten habe, ist…
Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist…
Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist…
Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich…

Was an Ihrem momentanen Verhalten würden Sie gerne ändern?
Was würden Sie an Ihrer Lebenssituation gerne ändern?
Was hindert Sie noch daran?
Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?
Welche physischen Empfindungen sind besonders a) angenehm für Sie? b) unangenehm für Sie?
Beschreiben Sie eine sehr angenehme Phantasie-Vorstellung:
Beschreiben Sie eine sehr unangenehme Phantasie-Vorstellung:
Was halten Sie für Ihren irrationalsten Gedanken oder Ihre unvernünftigste Idee?
Beschreiben Sie eine zwischenmenschliche Interaktion (oder Situation) a) in der Sie sich wohl fühlen: b) die Sie traurig macht oder Ihnen sehr unangenehm ist:
Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der ideale Therapeut haben?
Wie würden Sie eine ideale Beziehung (Interaktion) mit einem Therapeuten beschreiben?
Wie stellen Sie sich den idealen Klienten vor?
Was glauben Sie, davon nicht erfüllen zu können?
Was befürchten Sie im Kontakt zu Ihrem Therapeuten?
Wie würde Ihr bester Freund oder Ihre beste Freundin Sie kurz beschreiben?
Wie würde Sie jemand beschreiben, der Sie nicht leiden kann?

Zu wieviel Prozent (von 1 bis 100) der Verantwortung für Ihr Problem tragen.… Sie selbst: Prozent; andere: Prozent
In welcher Form können Sie selbst zur Unterstützung Ihrer gewünschten Veränderung beitragen?
Wieviel Zeit können Sie pro Tag für therapeutische Aufgaben zur Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte einplanen?
Wie haben Sie sich im Vorfeld der Therapie bereits mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt (z.B. Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)?
Welche Veränderungsschritte kosten am wenigsten Mut?
Welche Veränderungsschritte kosten am meisten Mut?
Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise dann haben, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?
Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens etwas deutlicher oder bewusster geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Anamnesesitzung mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,
Ihre Sabine Herrmann-Ikram
Heilpraxis für Hypnotherapie und Moderne Verhaltenstherapie
Sabine Ramona Herrmann-Ikram
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Moltke Str. 1 45657 Recklinghausen
Tel: 02361 9291309 Mobil: 0152 28737734
info@hypnose-re.de www.hypnose-re.de