

psykoeln - Fragebogen

Zu unserer Vorbereitung für das Gespräch mit Ihnen brauche ich Daten aus drei Generationen.
Von Ihnen (Seite 1), Ihren jeweiligen Eltern und Geschwistern (Seite 2 u. 3) und Ihren Kindern (Seite 4).
Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus und schicken ihn an mich zurück.
Ich kann so die Zeit in der Sitzung direkt für Sie und Ihr Anliegen nutzen.

| | Herr | Frau |
|---|------|------|
| Vor- und Nachname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Todesdatum | | |
| Art und Zeit des Schulabschlusses | | |
| Ausbildung | | |
| Berufstätigkeit | | |
| Religionszugehörigkeit | | |
| Heirat | | |
| Frühere Ehen (von - bis) | | |
| Kinder aus früheren Ehen (z.B. Junge 13, Mädchen 12) | | |
| Schwangerschaftsunterbrechungen | | |
| Fehlgeburten | | |
| Schwere Erkrankungen und Unfälle | | |
| Datum und Dauer stationärer Behandlung | | |
| Bisherige psychotherapeutische Behandlung | | |
| Professionelle Hilfe derzeit bei | | |

psykoeln - Fragebogen

| | | | |
|---|-------------|------------------|-----------------------|
| Eltern von Herrn: | | | |
| (Vater) Vor- und Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| (Mutter) Vor- und Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| Heirat: | | Scheidung: | |
| (Stiefvater / Stiefmutter) Vor- und Nachname | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| Heirat: | | Scheidung: | |
| Kinder in Reihenfolge (evtl. auf separatem Blatt fortsetzen): | | | |
| Name: | Geb. | Beruf | verh. / gesch. Kinder |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| Schwangerschaftsunterbrechungen: | | | |
| Fehlgeburten in der Herkunftsfamilie: | | | |
| Datum und Dauer stationärer Behandlungen: | | | |
| Psychotherapeutische Behandlung: | | | |
| | | | |

psykoeln - Fragebogen

| | | | |
|---|-------------|------------------|-----------------------|
| Eltern von Frau: | | | |
| (Vater) Vor- und Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| (Mutter) Vor- und Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| Heirat: | | Scheidung: | |
| (Stiefvater / Stiefmutter) Vor- und Nachname | | | |
| Geburtsdatum: | Todesdatum: | Berufstätigkeit: | |
| Heirat: | | Scheidung: | |
| Kinder in Reihenfolge (evtl. auf separatem Blatt fortsetzen): | | | |
| Name: | Geb. | Beruf | verh. / gesch. Kinder |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| Schwangerschaftsunterbrechungen: | | | |
| Fehlgeburten in der Herkunftsfamilie: | | | |
| Datum und Dauer stationärer Behandlungen: | | | |
| Psychotherapeutische Behandlung: | | | |

| |
|--|
| |
|--|

| | 1. Kind | 2. Kind | 3. Kind | 4. Kind |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Vor- und Nachname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Leibliche Eltern wie Blatt 1? (Adoption, Pflegekind, Scheidung o.ä.) | | | | |
| Art und Zeit des Schulabschlusses | | | | |
| Ausbildung | | | | |
| Berufstätigkeit | | | | |
| Religionszugehörigkeit | | | | |
| Heirat | | | | |
| Kinder | | | | |
| Schwere Erkrankungen und Unfälle | | | | |
| Datum und Dauer stationärer Behandlung | | | | |
| Bisherige psychotherapeutische Behandlung | | | | |
| Professionelle Hilfe derzeit bei | | | | |

