

Name: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf / Stellung: _____

Familienstand: _____ seit: _____

eigene Kinder _____ geb. _____ Ihr Gefühl für jedes Kind*

Die wichtigsten Bezugspersonen aus Ihrer Kindheit:

Name: _____ Geb. event. _____
(Vorname genügt) Jahr Todesj. Ihr Gefühl für diesen Menschen*

Mutter _____

Vater _____

Stief-/ Mutter _____

Adoptiv- Vater _____

Geschwister:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Andere wichtige Bezugspersonen:

* Stichwörter genügen. Für Kommentare bitte zusätzliche Blätter benutzen

Auf welchen Gebieten zeigen sich Ihre Probleme am wenigsten? am meisten?
Bitte ankreuzen: 0 1 2 3 4 5

- o Raum für sich selbst / Autonomie _____ 0 1 2 3 4 5
- o Kommunikation _____ 0 1 2 3 4 5
- o Partnerschaft _____ 0 1 2 3 4 5
- o Sexualität _____ 0 1 2 3 4 5
- o Emotionale Intimität / Geborgenheit _____ 0 1 2 3 4 5
- o Aufgabenverteilung (Haushalt/Kinder/Arbeit) _____ 0 1 2 3 4 5
- o Kinderprobleme _____ 0 1 2 3 4 5
- o Aussereheliche Beziehung (von wem?) _____ 0 1 2 3 4 5
- o Beziehung zur Herkunftsfamilie _____ 0 1 2 3 4 5
- o Arbeitszufriedenheit _____ 0 1 2 3 4 5
- o Beanspruchung durch Arbeit _____ 0 1 2 3 4 5
- o Konflikte am Arbeitsplatz _____ 0 1 2 3 4 5
- o Entscheidungsfindung (welche?) _____ 0 1 2 3 4 5

o Körperliche Symptome (welche?) _____ 0 1 2 3 4 5

o Psychische Symptome (welche?) _____ 0 1 2 3 4 5

o Gewalt _____ 0 1 2 3 4 5

o Suchtproblem (welche?) _____ 0 1 2 3 4 5

o Andere Probleme (welche?) _____ 0 1 2 3 4 5

Was wäre das Beste

Was wäre das Schlimmste

das durch die Beratung geschehen könnte ?