

1

Ich selbst

Name			
PLZ, Ort, Straße			
Telefon		Geburtsjahr	
E-Mail			
Eigene Homepage			
Beruf / Arbeit			

2

Meine Herkunftsfamilie

Meine Eltern			
Vorname	Geburtsjahr	Evtl. Todesjahr	Mein Gefühl zu diesem Menschen
Meine Geschwister			
Vorname	Geburtsjahr	Evtl. Todesjahr	Mein Gefühl zu diesem Menschen

3

Bisherige Partnerschaften

Vorname	Von (Jahr)	Bis (Jahr)	Verheiratet ?	
			ja, seit/bis	nein
				<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>

4

Beziehungen

Weitere wichtige Bezugspersonen in meinem Leben

5

Meine eigenen Kinder

Vorname	Geburts- jahr	Mein Gefühl zu diesem Kind

Auf welchen Gebieten zeigen sich Ihre Probleme...

... am wenigsten

...am meisten



1	Unterschiedliche Entwicklung der Partner	1	2	3	4	5
2	Kommunikation	1	2	3	4	5
3	Zeit füreinander (entspannte Zeit)	1	2	3	4	5
4	Sexualität	1	2	3	4	5
5	Emotionale Intimität / Geborgenheit	1	2	3	4	5
6	Raum für sich selbst / Autonomie	1	2	3	4	5
7	Aufgabenverteilung ^[SEP] (Haushalt, Kinder, Arbeit)	1	2	3	4	5
8	Probleme mit den Kindern ^[SEP] (Erziehung etc.)	1	2	3	4	5
9	Aussereheliche Beziehung	1	2	3	4	5
10	Beziehung zur Herkunftsfamilie	1	2	3	4	5
11	Arbeitszufriedenheit	1	2	3	4	5
12	Beanspruchung durch die Arbeit	1	2	3	4	5
13	Finanzen (Einkommen /Ausgaben)	1	2	3	4	5
14	Wohnsituation	1	2	3	4	5
15	Entscheidungsfindung	1	2	3	4	5

Entscheidungsfindung - welche Entscheidungen fallen schwer ?

7

Problemfelder

ja nein

Eigene körperliche Symptome

Welche ?

ICH

Eigene psychische Symptome

ja nein

Welche ?

ja nein

Psychische Probleme **des Partners**

DU

Gewalt **durch den Partner** Suchtprobleme **vom Partner**

DU / ICH

Andere Probleme

Welche ?

8

Paarberatung

Was wäre **das Beste**, das durch die Paarberatung geschehen könnte ?

Was wäre **das Schlimmste**, das durch die Paarberatung geschehen könnte ?