

Systemische Paartherapie

Name:

Adresse:

Geburtsdatum (Land):

Beruf/Stellung:

Verheiratet/

Zusammenlebend mit:

seit:

Geschieden von:

seit:

Kinder:

1.

geb.:

2.

geb.:

3.

geb.:

4.

geb.:

5.

geb.:

Ihre Gefühle für jedes Kind:

Die wichtigsten Bezugspersonen aus Ihrer Kindheit:

Name

(Vorname genügt)

Geb. Jahr

Ev. Todesj.

Ihre Gefühle für diesen
Menschen

Mutter:

Vater:

Stief -

Mutter:

bzw.

Adoptiv -

Vater:

Eltern

Großeltern:

Andere wichtige Bezugspersonen

Geschwister	Geb. Jahr	Ev. Todesj.	Ihre Gefühle für diesen Menschen
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Auf welchen Gebieten zeigen sich Ihre Anliegen?

am wenigsten (0)	am meisten (5)	0	1	2	3	4	5
Unterschiedliche Entwicklung Frau/Mann							
Kommunikation							
Zeit füreinander (entspanntes Zusammensein)							
Sexualität							
Nähe ----- Emotionale Intimität/Geborgenheit							
Distanz----- „Raum“ für sich selber/Autonomie							
Aufgabenverteilung Paar (Haushalt/Kinder /Arbeit)							
Kinderprobleme							
Außereheliche Beziehung (von wem)							
Beziehung zu Herkunftsfamilie							
Arbeitszufriedenheit							
Beanspruchung durch Arbeit (Frau/Mann)							
Finanzen(Einkommen/Ausgaben)							
Wohnsituation							
Entscheidungsfindung (welche):							
Körperliche Symptome (welche):							
Psychische Symptome (welche):							
Gewalt							
Suchtprobleme							
Andere Probleme (welche):							

Was wäre das Beste:

Was wäre das Schlimmste:

das durch die Therapie geschehen könnte?

Daum und Unterschrift