

Fragebogen zur Lebensgeschichte und Herausforderung

Was ist das für ein Fragebogen?

Die Beantwortung der folgenden Fragen hilft mir als Coach/Therapeut einen Überblick über Ihre individuelle Lebensgeschichte, aktuelle Herausforderungen und persönlichen Ziele zu erhalten.

Warum soll ich ihn ausfüllen?

Anhand Ihrer persönlichen Lebensgeschichte und der individuellen Analyse der Situation bin ich in der Lage, einen für Sie individuell abgestimmten Behandlungsplan mit angemessenen Methoden zur Erreichung Ihrer persönlichen Ziele zu erstellen.

Sie erhalten durch das Ausfüllen ein tieferes Verständnis über sich selbst, über die Entstehung und bisherige Entwicklung Ihrer Situation.

Wie genau fülle ich den Fragebogen aus?

- Sie können selbst zum Erfolg der Therapie beitragen, indem Sie alle Fragen beantworten.
- Wenn Sie Fragen überspringen wollen, weil Sie dazu vorab Fragen haben, keine Auskunft geben möchten oder der Meinung sind, diese Frage ist irrelevant, so lassen Sie die Beantwortung erst einmal aus.
- Falls der vorgesehene Platz für Ihre Antworten nicht ausreicht, können Sie gerne weitere Blätter mit Ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.
- Füllen Sie den Fragebogen selbständig, zuhause oder in einer ruhigen Umgebung aus und nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.
- Notieren Sie sich auftretende Fragen, sodass wir diese gemeinsam besprechen können.
- Markieren Sie sich die Stellen, die mit starken Gefühlen verbunden sind. Seien Sie so ehrlich wie möglich bei der Beantwortung der Fragen und lassen Sie sich bitte nicht durch Anstand, Scham, ein schlechtes Gewissen oder Etikette beeinflussen.
- Sollte es Ihre Situation erfordern, dass Sie Hilfestellung bei der Bearbeitung des Fragebogens benötigen, können wir diesen gerne gemeinsam bearbeiten.

Was geschieht mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Kein Außenstehender, auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt, erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Einsicht in diese Informationen!

Ich möchte den Fragebogen nicht ausfüllen! (ggf. ankreuzen)

Sie möchten lediglich eine energetische Anwendung zur Entspannung, als kleine Auszeit, genießen und möchten keine weiteren Angaben machen.

Ihnen ist bewusst, dass mit solch einer Anwendung und ohne weitere Angaben keine tiefergehenden Themen behandelt werden können.

Sie versichern, dass Sie unter keinerlei psychischen oder physischen Erkrankungen leiden, die einer Anwendung entgegenstehen könnten.

Sie verstehen, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen ([AGB](#)) von Stefanie Siebe wurden verstanden und akzeptiert.

[PDF Aufklärungsbogen Hypnose und Energiearbeit](#)

[PDF Hinweise zur Zusammenarbeit und Datenschutz](#)

Ort, Datum, Unterschrift des Klienten _____

1. Allgemeine Angaben

1.1. Person

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	schwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorname			Name		
<hr/>					
Anschrift					
<hr/>					
Telefon			Mobil		
<hr/>					
E-Mail					
<hr/>					
Geburtsdatum			Geburtsort	Uhrzeit	
<hr/>					
Staatsangehörigkeit			Religion	aktiv <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<hr/>					
Körpergröße			Gewicht		
<hr/>					
Selbstverletzungs-Gedanken			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	/- Handlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

1.2. In welcher beruflichen Situation befinden Sie sich derzeit?

arbeitslos erwerbslos Selbständig angestellt
 Vollzeit Teilzeit Ausbildung Studium / Schüler

Aktuelle Beschäftigung

1.3. Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig, allein seit	<input type="checkbox"/> ledig, mit Partner seit
<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit
<input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> verwitwet seit

2. Beschwerden, Symptome, Probleme

2.1. Nennen Sie den Anlass, weswegen Sie mich aufsuchen. Inwieweit wird Ihr Leben dadurch beeinträchtigt?

2.2. Seit wann fallen ihnen die Beschwerden auf?

2.3. In welchen Situationen sind Ihre Beschwerden besonders stark, in welchen weniger stark ausgeprägt?

2.4. Hatten Sie früher schon ähnliche Beschwerden und wie alt waren Sie da ungefähr?

2.5. Welche Vermutung haben Sie selbst darüber, wie Ihre Beschwerden entstanden sein und womit sie zusammenhängen könnten?

2.6. Waren Sie wegen dieser Symptome schon einmal in Behandlung?

Monat/Jahr/ Alter	Praxis / Einrichtung / Klinik	Art der Behandlung (Gesprächstherapie, körperbezogene Therapie, medikamentöse Therapie, alternative Therapie...)

2.7. Waren Sie wegen anderer psychischer Belastung schon einmal in Behandlung?

Monat/Jahr/ Alter	Praxis / Einrichtung / Klinik	Art der Behandlung (Gesprächstherapie, körperbezogene Therapie, medikamentöse Therapie, alternative Therapie...)

2.8. Hatten Sie (schwere) körperliche Krankheiten? Wenn ja, welche und wann?

2.9. Gab es in den letzten drei Jahren besondere Veränderungen oder Ereignisse in Ihrem Leben? (auch schöne)

2.10. Wie kam es dazu, dass Sie sich gerade jetzt Unterstützung dieser Art suchen?

2.11. Was haben Sie bisher selbst versucht, Ihre Probleme in den Griff zu bekommen?

2.12. Welche Erwartungen setzen Sie in die Therapie – was ist Ihr Ziel?

2.13. Wie schöpfen Sie Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht?

2.14. Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Kinder, Eltern, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Freunde) auf Ihre Beschwerden?

2.15. Wer möchte außer Ihnen noch, dass Sie sich bzgl. Ihrer Beschwerden Hilfe suchen?

2.16. Wer steht einer solchen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

3. Ihre Herkunftsfamilie

3.1. Welche Personen gehörten zu dem Haushalt, in dem Sie aufwuchsen?

3.2. Angaben zu Ihren Eltern:

Wenn geschieden, in welchem Jahr? _____ Wie alt waren Sie? _____

	Vater	Mutter
Geburtsjahr		
Hochzeitsjahr		
Alter bei Ihrer Geburt		
Heutiges Alter		
Beruf		
Gesundheit, eventuelle Süchte		
Falls verstorben: Todesjahr		
Todesursache		
Wie alt waren Sie?		
Typische Eigenschaften des Elternteils		
Schreiben Sie drei typische Sätze des Elternteils auf		
Beschreiben Sie Ihre Beziehung in Ihrer Kindheit		
Prägende Erlebnisse Ggf. zusätzliches Blatt		
Erziehungsstil (Lob, Strafe, Zuwendung, Verständnis, Strenge, Abwesend)		
Prägende Erlebnisse in der Ahnengeschichte (Krieg, Flucht, Vertreibung, Verluste...)		

3.3. Wie war die Beziehung zwischen Ihren Eltern?

3.4. Wie war die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus?

3.5. Bitte zählen Sie Ihre Geschwister (auch Halb- oder Stiefgeschwister, Todgeburten und Abtreibungen, sofern bekannt) auf, geben Sie den Altersabstand und Ihre Beziehung zu Ihnen in Ihrer Kindheit an.

3.6. Gab es sonstige Bezugspersonen (Oma, Onkel, andere) in Ihrer Kindheit und wie war Ihr Verhältnis zu ihnen?

3.7. Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse oder Probleme in Ihrer Kindheit?

3.8. Wie würden Sie Ihre Kindheit bezeichnen? O als glücklich O als unglücklich
Warum?

3.9. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern heute?

3.10. Gab es in Ihrer Familie bereits psychische oder (schwerwiegende) körperliche Erkrankungen?

4. Kindergarten, sowie schulische und berufliche Entwicklung

4.1. Besuchten Sie einen Kindergarten und wie ginge es Ihnen dort?

4.2. Haben Sie mit anderen Kindern gespielt oder waren Sie ein Einzelgänger?

4.3. Bitte schildern Sie Ihre schulische und berufliche Entwicklung in Stichworten.

4.4. Wie waren Ihre Kontakte mit Mitschülern und Lehrern während Ihrer Schulzeit?

4.5. Wie waren Ihre Leistungen?

4.6. Gab es in Ihrer Pubertät besondere Ereignisse oder Erfahrungen?

4.7. Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen, warum gerade diese?

4.8. Wie haben Sie Ihre Ausbildungszeit bzw. Studienzeit erlebt?

4.9. Erleben Sie Ihre aktuelle Arbeit als befriedigend?

4.10. Wie ist Ihr Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen? Gibt es Probleme bei der Arbeit?

5. Ihre gegenwärtigen Beziehungen

5.1. Wie alt waren Sie, als Sie Ihren Partner kennengelernt haben? _____ Jahre

5.2. Wie alt waren Sie, als Sie ihn geheiratet haben? _____ Jahre

5.3. Wie alt ist Ihr Partner heute? Jahrgang _____ Jahre

5.4. Geben Sie bitte den Beruf Ihres Partners an.

5.5. Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihrem Partner

5.6. Bitte beschreiben Sie, welche Eigenschaften Sie an Ihrem Partner schätzen.

5.7. Bitte beschreiben Sie, welche Eigenschaften Sie an Ihrem Partner stören

5.8. Empfinden Sie Ihre Beziehung als unterstützend?

5.9. Denken Sie manchmal daran sich zu trennen?

5.10. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele, welches Geschlecht und welchen Alters?

5.11. Wie ist die Beziehung zu Ihren Kindern?

5.12. Haben Sie Freunde oder Verwandte, auf die Sie sich verlassen können?
Wenn ja, wen?

6. Weitere wichtige Lebensereignisse

6.1. Führen Sie bitte alle für Sie wichtigen Lebensereignisse und Wendepunkte mit Datum auf, die von den vorhergehenden Fragen nicht erfasst wurden.

6.2. Waren Sie bereits schon einmal verheiratet oder gab es wichtige Partnerbeziehungen, die in den vorherigen Fragen nicht erfasst wurden? (Bitte mit Angabe von Daten)

7. Medikamente und Drogen

7.1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

7.2. Wie ist Ihr Verhältnis zu Medikamenten? Fühlen Sie sich durch die Medikamenteneinnahme eingeschränkt? Wenn ja, warum?

7.3. Trinken Sie Alkohol?

Nein

Täglich gelegentlich / bei besonderen Anlässen

am Wochenende Wenn es mir schlecht geht

Was und wie viel? _____

Seit wann? _____

Andere Suchtmittel

Rauchen Kiffen andere _____

Was und wie viel? _____

Seit wann? _____

8. Ernährung und Bewegung

8.1. Wieviel und was trinken Sie täglich?

8.2. Welche Ernährung bevorzugen Sie?

8.3. Bei welchen „Naschereien“ greifen Sie gerne und regelmäßig zu?

8.4. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmitteln und wenn ja, welche?

Wie lange nehmen Sie diese schon zu sich?

8.5. Wie häufig bewegen Sie sich, bzw. treiben Sport (welchen)?

8.6. Meditieren Sie? Wenn ja, wie häufig?

9. Stärken und Ressourcen

9.1. Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen bisher ermöglichen, mit vergangenen Herausforderungen umzugehen?

9.2. Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer Freizeit nach? Womit befassen Sie sich besonders gerne und / oder häufig?

9.3. In welchen Situationen können Sie auftanken und entspannen?

10. Sonstiges

10.1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?

10.2. Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten oder mitteilen wollen

10.3. Sind Sie aktuell in sonstiger Behandlung (ärztlich, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, homöopathisch...?) Wenn ja, bei wem? (Bitte geben Sie Namen und Adresse an)

10.4. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

1.

2.

3.

10.5. Wie wurden Sie auf mein Angebot aufmerksam?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass lücken- oder fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen von Stefanie Siebe (auf der Homepage hinterlegt) wurden gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort, Datum, Unterschrift des Klienten _____