

Aufnahmebogen

Bitte separat ausfüllen

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer/Mailadresse:

Ausbildung/berufliche Position:

Beziehungspartner/in:

seit:

zusammenlebend seit:

verheiratet seit:

getrennt/in Scheidung lebend von:

seit:

Kinder (eigene/adoptiert):

Die wichtigste Bezugspersonen während Ihrer Kindheit:

Name	Geburtsjahr	verstorben am	Ihre Gefühle für die Person
Mutter			
Vater			
Adoptiv/Stiefeltern			
Andere			

Geschwister:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Weitere wichtige Bezugspersonen:

Aufnahmebogen/ Seite 2

In welchem der folgenden Bereiche zeigen sich Ihre Beziehungsprobleme am

... wenigsten

... meisten

Bitte entsprechend ankreuzen	0	1	2	3	4	5
unterschiedliche Erwartungen bezüglich Ihrer Beziehung						
Kommunikation						
gemeinsame entspannte Zeit miteinander						
Sexualität						
Emotionale Intimität / Sicherheitsgefühl						
Raum für sich selbst / Autonomie						
Aufgabenverteilung						
Probleme mit den Kindern						
Außenbeziehung/Affaire (wessen?)						
Verbundenheit mit der Herkunftsfamilie						
Jobzufriedenheit (wessen?)						
Arbeitsdruck						
Finanzen (Einkommen / Ausgaben)						
Lebensorganisation allgemein						
Entscheidungsfindung (zu welchen Themen?)						
Körperliche Symptome (welche?)						
Psychische Symptome						
Gewalt						
Abhängigkeiten (wessen / welche?)						
Anderweitige Probleme / Themen (welche?)						

Was ist aus Ihrer Sicht das gewünschte / bestmögliche Ergebnis der Paarberatung

Was darf aus Ihrer Sicht auf keinen Fall passieren / das Schlimmste wäre:

Ergänzendes das aus Ihrer Sicht für die Paarberatung von Bedeutung ist: