

Peter Kleylein
Hypnose-Therapie | Coaching | Paarberatung

Forstamtstr. 4 • D-83435 Bad Reichenhall • Tel. 08651 / 76 28 90
Fax 08651 / 76 28 91 • E-Mail: peter@kleylein-seminare.de • www.kleylein-seminare.de

Datum

FRAGEBOGEN PAARBERATUNG

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung und passen Sie den Umfang Ihrer Antworten der Größe der Felder an (soweit möglich).

Name

Geb.-Datum

Vorname

Telefon

Strasse / Nr.

Telefon mobil

PLZ / Ort

E-Mail

Beruf

Homepage

ANLIEGEN UND ZIELE:

Was möchten Sie mit den folgenden Sitzungen in erster Linie erreichen?

Dieses Feld bitte freilassen

Wie viel **ZUFRIEDENHEIT** und **LEBENSFREUDE** empfinden Sie in folgenden Bereichen auf einer Skala von 1 (= völlig unzufrieden) bis 10 (= völlig zufrieden)?

Gesundheit Partnerschaft familiäre Situation

berufliche Situation finanzielle Situation Wohn-Situation

Kommunikation Beziehungen Freizeit / Hobbys

HEUTIGES BEFINDEN: Fühlen Sie sich oft...

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| traurig | <input type="checkbox"/> | deprimiert | <input type="checkbox"/> | ärgerlich ... | <input type="checkbox"/> | wütend | <input type="checkbox"/> |
| gestresst ... | <input type="checkbox"/> | unter Druck ... | <input type="checkbox"/> | schuldig ... | <input type="checkbox"/> | voller Angst | <input type="checkbox"/> |
| machtlos | <input type="checkbox"/> | hilflos | <input type="checkbox"/> | unsicher ... | <input type="checkbox"/> | orientierungslos ... | <input type="checkbox"/> |

Gibt es immer wiederkehrende Gefühle, die Sie belasten?

Gibt es immer wiederkehrende Gedankenmuster, die Sie belasten?

Gibt es immer wiederkehrende Verhaltensmuster, die Sie belasten? (z.B. Süchte, Zwänge)

Haben Sie Phobien? (z.B. konkrete Angst vor Hunden, Schlangen, Spinnen, Mäusen, Fahrstühlen, Höhenangst, Flugangst etc.)

IHRE PERSÖNLICHE GESCHICHTE:

In welchem Ort sind Sie aufgewachsen?
(falls mehrere Orte, bitte alle erwähnen inkl. Jahr des Umzugs)

Gab es schmerzliche Trennungen von Menschen und Orten durch diese Umzüge?

Bei wem sind Sie aufgewachsen? (Eltern, Pflegeeltern, Großeltern)

IHRE MUTTER:

Kose-Name in der Kindheit (Mama, Mutti...)

Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Beruf

Wenn Ihre Mutter schon gestorben ist:

Wann ist sie gestorben?

Wie alt war sie?

Woran ist sie gestorben?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihrer Mutter?

Wie waren die Lebensumstände Ihrer Mutter während der Schwangerschaft?
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?
Waren Sie ein Wunschkind?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter in der Kindheit (vor der Pubertät / ca. 0 – 12 Jahre)?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter in der Jugend (nach der Pubertät / ca. 12–18 Jahre)?

IHRE MUTTER:

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter im Erwachsenenalter?

Wie würden Sie Ihre Mutter in zwei bis drei Sätzen beschreiben?

Gab es Zeiten, in denen Sie als Kind von Ihrer Mutter länger als 3 Tage getrennt waren?
(z.B. durch Krankenhausaufenthalt, Reisen etc.)

IHR VATER:

Kose-Name in der
Kindheit (Papa, Papi...)

Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Beruf

Wenn Ihr Vater schon gestorben ist:

Wann ist er gestorben?

Wie alt war er?

Woran ist er gestorben?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Vaters?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater in der Kindheit (vor der Pubertät / ca. 0 – 12 Jahre)?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater in der Jugend (nach der Pubertät / ca. 12–18 Jahre)?

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater im Erwachsenenalter?

Wie würden Sie Ihren Vater in zwei bis drei Sätzen beschreiben?

DIE BEZIEHUNG IHRER ELTERN:

Wie haben Sie die Beziehung der Eltern in Ihrer Kindheit erlebt?

Gab es frühere Ehepartner, Verlobte oder wichtige Lieben bei Mutter oder Vater?

Wie alt waren Ihre Eltern, als sie geheiratet haben?

Hatten Ihre Eltern das Einverständnis der Familien?

IHRE GESCHWISTER

Wie viele Geschwister haben Sie?

Sie sind der/die wievielte in
der Geschwister-Reihe?

Hat eines Ihrer Geschwister ein schweres Schicksal?
(z.B. früher Tod, Unfall, schwere Krankheit)

1. GESCHWISTER: Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Beruf

Wenn Ihr Geschwister schon gestorben ist:

Wann ist er/sie gestorben?

Wie alt war er/sie?

Woran ist er/sie gestorben?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Geschwisters?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Bruder / Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war Ihr Verhältnis Ihrem Bruder / Schwester im Erwachsenenalter?

2. GESCHWISTER: Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Beruf

Wenn Ihr Geschwister schon gestorben ist:

Wann ist er/sie gestorben?

Wie alt war er/sie?

Woran ist er/sie gestorben?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Geschwisters?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Bruder / Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war Ihr Verhältnis Ihrem Bruder / Schwester im Erwachsenenalter?

3. GESCHWISTER: Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Beruf

Wenn Ihr Geschwister schon gestorben ist:

Wann ist er/sie gestorben?

Wie alt war er/sie?

Woran ist er/sie gestorben?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Geschwisters?

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Bruder / Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war Ihr Verhältnis Ihrem Bruder / Schwester im Erwachsenenalter?

(Für weitere Geschwister bitte separates Blatt beifügen)

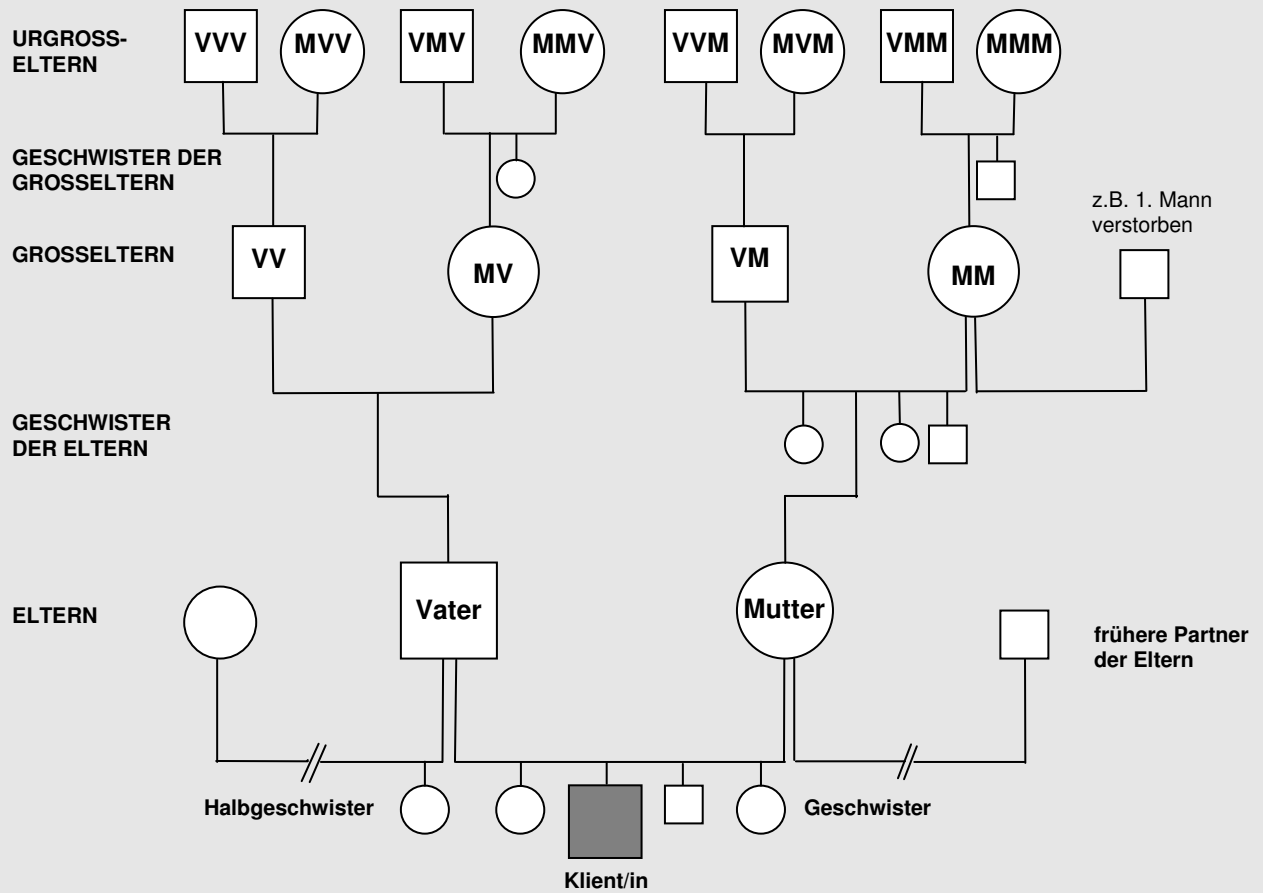
Haben Sie Halbgeschwister?

Gab oder gibt es Erbstreitigkeiten unter den Geschwistern?

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen Ihrer Mutter bekannt?

IHRE HERKUNFTSFAMILIE:

Zeichnen Sie einen **Stammbaum** nach folgender Vorlage **auf einem extra Blatt**, und senden sie den Stammbaum zusammen mit dem Fragebogen ein.



IHRE MÜTTERLICHE AHNENLINIE:

IHRE GROßMUTTER MÜTTERLICHERSEITS = Mutter Ihrer Mutter (MM)

Vor- und Nachname Geburts-Datum

Wenn Ihre Großmutter schon gestorben ist: Wann ist sie gestorben?

Wie alt war sie? Wie alt waren Sie beim Tod Ihrer Großmutter?

Woran ist sie gestorben?

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrer Großmutter?

Wie war das Verhältnis Ihrer Mutter zu deren Mutter in der Kindheit und später?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihrer Großmutter?

Dieses Feld bitte freilassen

IHR GROßVATER MÜTTERLICHERSEITS = Vater Ihrer Mutter (VM)

Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Wenn Ihr Großvater schon gestorben ist: Wann ist er gestorben?

Wie alt war er?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Großvaters?

Woran ist er gestorben?

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrem Großvater?

Wie war das Verhältnis Ihrer Mutter zu deren Vater in der Kindheit und später?

Wie war die Ehe / Partnerschaft Ihrer Großeltern mütterlicherseits?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihres Großvaters?

Gibt es in Ihrer mütterlichen Ahnenlinie andere schwere Schicksale?

- Gibt es früh Verstorbene (auch Totgeburten)?
- Starben Familienmitglieder im Krieg?
- Starb eine Frau an den Folgen der Geburt oder trug sie schwere Schäden davon?
- Gab es tragische Unfälle?

- Hat ein Mitglied der Familie Ihrer Mutter Schuld auf sich geladen?
z.B. durch Mord, Totschlag, sexuellen Missbrauch, Aktivitäten im Nationalsozialismus unrechtmäßige Ver- oder Beerbung oder Geschäfte?

- Hat jemand in der Familie Selbstmord begangen?
- Wurde jemand Opfer eines Verbrechens?
- War jemand körperlich oder geistig behindert, in der Psychiatrie oder im Gefängnis?
- Ging jemand Bankrott, ist ausgewandert, war homosexuell, Alkoholiker oder ist jemand auf andere Weise aus der Familie ausgeschlossen worden?
- Wurde ein Kind früh an Pflegeeltern oder Verwandte weggegeben?
- Wurde jemand aus seiner Heimat vertrieben oder ist von dort geflohen?
- Gibt es Familiengeheimnisse?

IHRE VÄTERLICHE AHNENLINIE:

IHRE GROßMUTTER VÄTERLICHERSEITS = Mutter Ihres Vaters (MV)

Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Wenn Ihre Großmutter schon gestorben ist: Wann ist sie gestorben?

Wie alt war sie?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihrer Großmutter?

Woran ist sie gestorben?

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrer Großmutter?

Wie war das Verhältnis Ihres Vaters zu seiner Mutter in der Kindheit und später?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihrer Großmutter?

IHR GROßVATER VÄTERLICHERSEITS = Vater Ihres Vaters (VV)

Vor- und Nachname

Geburts-Datum

Wenn Ihr Großvater schon gestorben ist: Wann ist er gestorben?

Wie alt war er?

Wie alt waren Sie beim Tod Ihres Großvaters?

Woran ist er gestorben?

Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihrem Großvater?

Wie war das Verhältnis Ihres Vaters zu seinem Vater in der Kindheit und später?

Wie war die Ehe / Partnerschaft Ihrer Großeltern väterlicherseits?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihres Großvaters?

Gibt es in Ihrer väterlichen Ahnenlinie andere schwere Schicksale?

- Siehe Liste auf Seite 9

JETZIGER LEBENSPARTNER:

Sind Sie derzeit in einer Partnerschaft?

Ja

Name des heutigen Lebenspartners/Lebenspartnerin

Wenn verheiratet: seit wann?

Seit wann sind Sie ein Paar?

Nein, ich bin derzeit
in keiner Partnerschaft

Sind Sie geschieden?

oder verwitwet?

Seit wann?

Haben Sie gemeinsame Kinder? (Name und Alter)

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

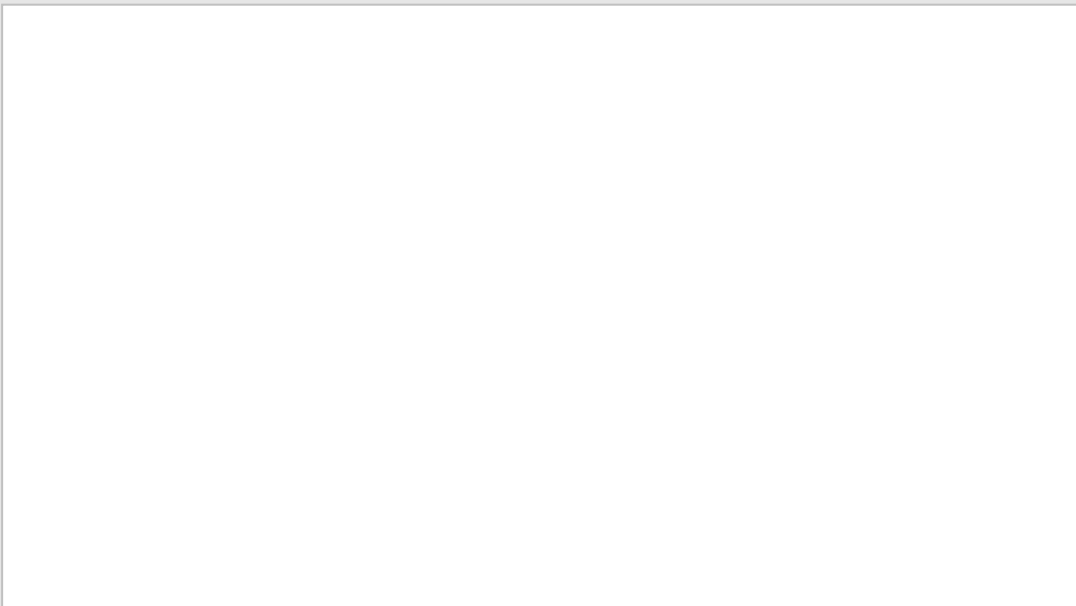
Wie haben Sie sich kennen gelernt und was war Ihre Motivation, diese Partnerschaft einzugehen?

Welche wiederkehrenden Konflikte gibt es in Ihrer Partnerschaft?

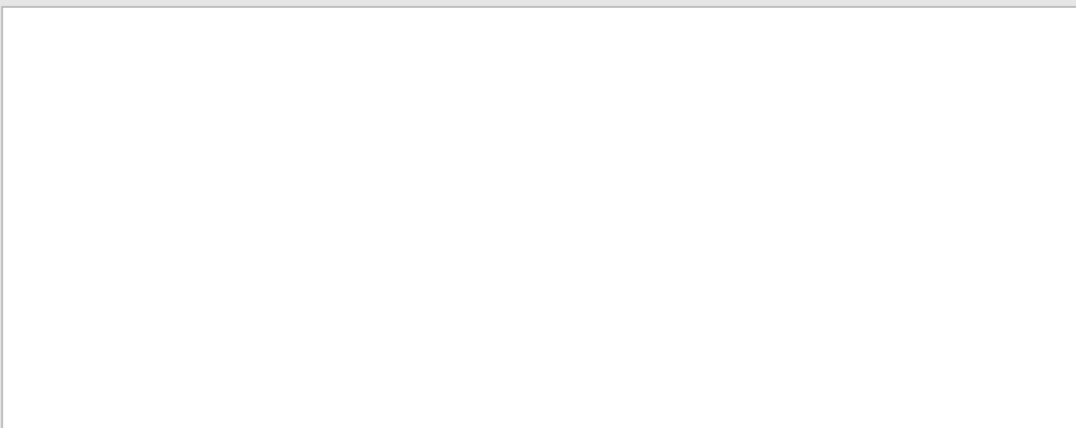
Bei welchen Aussagen oder Verhaltensweisen Ihres Partners / Ihrer Partnerin gehen Sie in die Luft oder ziehen sich zurück?



Welche Ihrer Bedürfnisse und Wünsche werden in Ihrer Partnerschaft von Ihnen selbst oder Ihrem Partner / Ihrer Partnerin missachtet?



Welche der oben genannten Konflikte kennen Sie schon aus früheren Partnerschaften?



FRÜHERE LEBENSPARTNER:

Der erste Beziehung, die von Bedeutung war: (Vorname und Jahreszahl genügen)

Name von – bis verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir gemeinsam

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Weitere Beziehungen, die von Bedeutung waren (in chronologischer Reihenfolge):

Name von – bis verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir gemeinsam

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

Name von – bis verheiratet?

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir gemeinsam

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder?

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

Wie ist das Verhältnis heute?

(Für weitere wichtige frühere Partnerschaften bitte separates Blatt beifügen)

KINDER:

Vorname

Alter

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind?

Vorname

Alter

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind?

Vorname

Alter

Wie ist Ihre Beziehung zu diesem Kind?

(Für weitere Kinder bitte separates Blatt einfügen)

Menschen, **von denen Sie** verletzt oder enttäuscht worden sind:
(Vorname und ungefähre Jahreszahl genügen)

Menschen, **die Sie selbst** verletzt oder enttäuscht haben:
(Vorname und ungefähre Jahreszahl genügen)

Gab oder gibt es Bereiche oder Situationen in Ihrem Leben, wo Sie sich selbst Vorwürfe machen, weil Sie etwas getan haben oder nicht getan haben?

Wie haben Sie Ihre Schul- und Ausbildungszeit erlebt?

glücklich nicht sehr glücklich

Gab es Lehrer oder Ausbilder, von denen Sie enttäuscht oder verletzt worden sind?
(Name und ungefähre Jahreszahl genügen)

Gab es andere traumatische Erlebnisse, die mit Schule und Ausbildung zu tun haben?

Gehören Sie einer religiösen Gruppierung an?

Gibt es Komplikationen, die aus dieser Zugehörigkeit entstanden sind? Wenn ja, welche?

Gab es in Ihrem Leben belastende Ereignisse oder Traumata?

z.B. Geburtstrauma, schwere Krankheiten, körperliche Verletzungen (wie Stürze oder Unfälle), Missbrauch (sexuell oder emotional), Verlassenheitserlebnisse, Miterleben von Gewalt an sich oder anderen, medizinische Eingriffe (mit und ohne Narkose), Naturkatastrophen oder andere für Sie persönlich belastende Erlebnisse

Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge oder Todesfälle von nahe stehenden Personen?

Dieses Feld bitte freilassen

Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Heilpraktikern?
Wann? Aufgrund welcher Störung?

Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen?
Was? Von wann bis wann? Für was? (Insbesondere Psychopharmaka, Hormon- oder Schilddrüsen-Präparate und homöopathische Mittel)

KÖRPERLICHE STÖRUNGEN:

- Verdauungsbeschwerden? (Verstopfung / Durchfall?)
- Rückenschmerzen? (Welcher Bereich des Rückens?)
- Verspannte Schultern?
- Kniebeschwerden?
- Kopfschmerz / Migräne?
- Schlafbeschwerden? (Einschlafen oder Durchschlafen?)
- Allergien?
- (bei Frauen) Monatsbeschwerden oder PMS?
- Haben Sie Amalgam-Füllungen in den Zähnen? Wie viele?
- Wurden Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt? Ausleitung?

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen und Stammbaum per E-Mail an peter@kleylein-seminare.de
oder per Post an:

Praxis Kleylein • Forstamtstr. 4 • D-83435 Bad Reichenhall