

Peter Kleylein
Praxis für Hypnosystemische Psychotherapie & Paarberatung

Wisbacherstraße 2 b • D-83435 Bad Reichenhall • Tel. 08651 / 76 28 90
Fax 08651 / 76 28 91 • E-Mail: peter@kleylein-seminare.de • www.kleylein-seminare.de

FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen handschriftlich aus. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Name	<input type="text"/>	Geb.-Datum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Homepage	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Telefon mobil	<input type="text"/>

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

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

Dieses Feld bitte freilassen

MUTTER

Name	<input type="text"/>	Kose-Name in der Kindheit (Mama, Mutti...)	<input type="text"/>
geb.	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
lebt noch	<input type="checkbox"/>	gestorben am	<input type="text"/>
Todesursache	<input type="text"/>		

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter in der Kindheit / Jugend?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter heute?

VATER

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

Name

geb.

Beruf

lebt noch

gestorben am

Todesursache

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

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater heute?

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

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

Wie alt waren die Eltern, als sie geheiratet haben?

Hatten Sie das Einverständnis der Familien?

Dieses Feld bitte freilassen

GESCHWISTER Wie viele Geschwister haben Sie?

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

1. GESCHWISTER Name

geb.

Beruf

lebt noch

gestorben am

Todesursache

Verhältnis

2. GESCHWISTER Name

geb.

Beruf

lebt noch

gestorben am

Todesursache

Verhältnis

3. GESCHWISTER Name

geb.

Beruf

lebt noch

gestorben am

Todesursache

Verhältnis

(Für weitere Geschwister bitte separates Blatt beifügen)

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen Ihrer Mutter bekannt?

Haben Sie Halbgeschwister?

Gab oder gibt es Erbstreitigkeiten unter den Geschwistern?

LEBENSPARTNER Sind Sie derzeit in einer Partnerschaft?

Ja Name des heutigen Lebenspartners/der Lebenspartnerin

Verheiratet? Seit wann?

Seit wann sind Sie ein Paar?

Nein, ich bin derzeit in keiner Partnerschaft.

Geschieden? Verwitwet? Seit wann?

Wie geht es Ihnen mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin?
Welche Konflikte gibt es?

FRÜHERE LEBENSPARTNER

Frühere Partner / Partnerinnen, die von Bedeutung waren:
(Vorname und Jahreszahl genügen)

Name von – bis

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir

Verhältnis heute?

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

Name von – bis

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir

Verhältnis heute?

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

FRÜHERE LEBENSPARTNER (Fortsetzung)

Name von – bis

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir

Verhältnis heute?

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

Name von – bis

Wer hat die Beziehung beendet? ich er/sie wir

Verhältnis heute?

Gibt es aus dieser Beziehung Kinder? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ist etwas unerledigt / unversöhnlich geblieben?

(Für weitere Lebenspartner bitte separates Blatt einfügen)

KINDER

Vorname Alter

Bemerkungen

Vorname Alter

Bemerkungen

Vorname Alter

Bemerkungen

Vorname Alter

Bemerkungen

Vorname Alter

Bemerkungen

(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)

Wie haben Sie die Schulzeit erlebt?

glücklich nicht sehr glücklich

Gab es Lehrer, von denen Sie enttäuscht oder verletzt worden sind?
(Name und ungefähre Jahreszahl genügen)
Gab es andere traumatische Erlebnisse, die mit Schule, Lehrzeit 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 Unfälle, Schicksalsschläge oder Todesfälle von nahe stehenden Personen?

Hatten Sie schwerwiegende Krankheiten?

Was? Wann? Heute geheilt?

Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Heilpraktikern?

Wann? Aufgrund welcher Störung?

Sind Sie schon einmal operiert worden? Was? Wann?

Mit oder ohne Vollnarkose? Gab es Komplikationen?

Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen?

Was? Wann? Für was?

Heutiges Befinden Fühlen Sie sich oft...

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 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 |

Immer wiederkehrende Gefühle, die Sie belasten...

Empfinden Sie sich selbst als schön und liebenswert?

ja nein es geht so

Können Sie sich selbst verwöhnen?

ja nein es geht so

In welchen Bereichen wünschen Sie sich eine Veränderung in Richtung mehr Zufriedenheit und Lebensfreude?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Gesundheit | <input type="checkbox"/> | Partnerschaft | <input type="checkbox"/> |
| Familiäre Situation | <input type="checkbox"/> | Berufliche Situation | <input type="checkbox"/> |
| Finanzen | <input type="checkbox"/> | Wohn-Situation | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation | <input type="checkbox"/> | Selbstsicherheit | <input type="checkbox"/> |
| Beziehungen | <input type="checkbox"/> | Freizeit / Hobbys | <input type="checkbox"/> |

Anderes

Möchten Sie eine schlechte Gewohnheit ablegen? Haben Sie Süchte?

Möchten Sie eine Phobie loswerden? (z.B. konkrete Angst vor Hunden, Schlangen, Spinnen, Mäusen, Fahrstühlen, Höhenangst, Flugangst etc)

Körperliche Störungen

Verdauungsbeschwerden? (Hang zu 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?

ZIELE

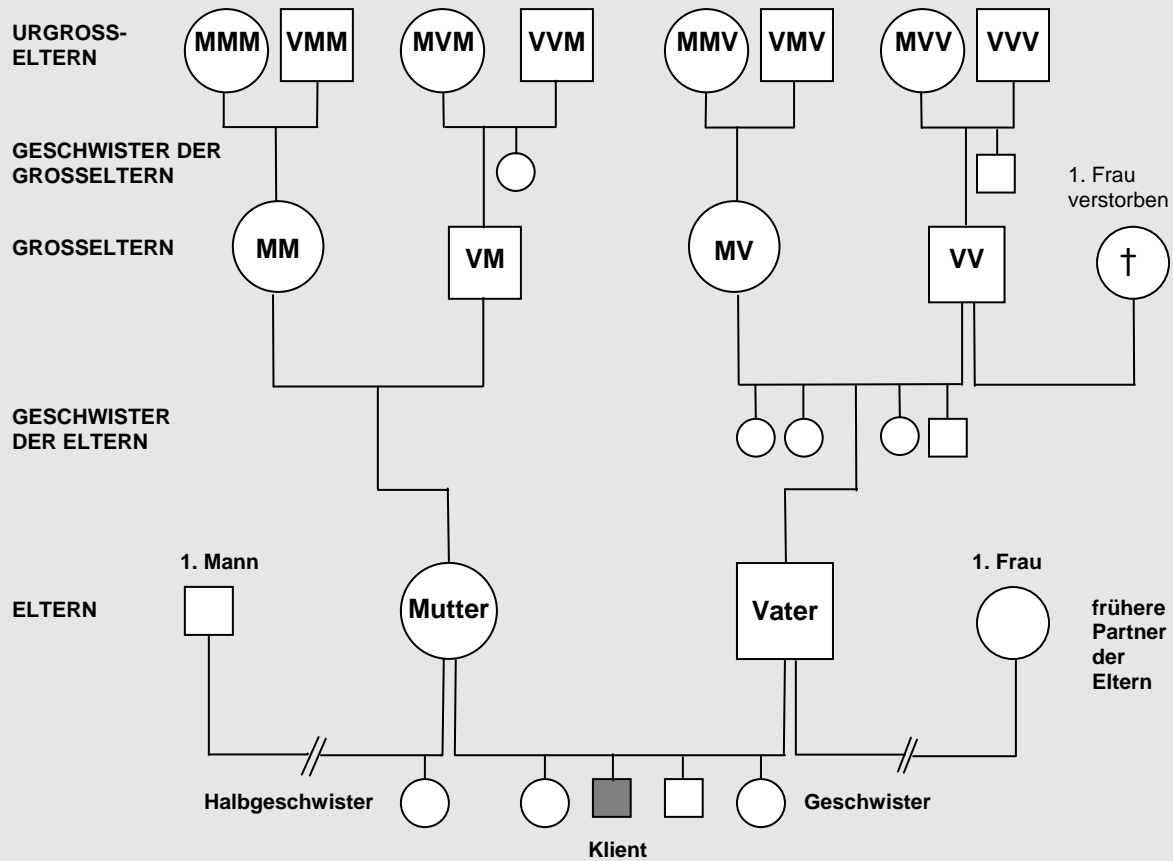
Was möchten Sie mit den folgenden Sitzungen in erster Linie erreichen?

Dieses Feld bitte freilassen

IHRE HERKUNFTSFAMILIE

Folgender Fragenkatalog soll Ihnen helfen, Informationen über wichtige Ereignisse in Ihrem Familiensystem zu bekommen:

Zeichnen Sie zuerst einen **Stammbaum** nach folgender Vorlage **auf einem extra Blatt**, damit Sie einen Überblick über Ihre Vorfahren bekommen. Machen Sie sich bewusst, wer systemisch wirksam zu Ihrer Familie gehört:



Dieses Feld bitte freilassen

Früher Tod in der Familie ist häufig eine wichtige Ursache von Verstrickung und Leid

- Ist Ihr Vater oder Ihre Mutter früh gestorben, als sie jünger als 15 Jahre alt waren?
- Haben sie unter Ihren Geschwistern, Tanten, Onkel, Großeltern und deren Geschwister früh Verstorbene (auch Totgeburten)?
- Hat irgendeines Ihrer Geschwister ein besonderes Schicksal?
- Sind Väter oder Mütter mit Kindern jünger als 15 Jahre verstorben?
- Starb eine Frau der Familie während der Geburt, an den Folgen der Geburt oder trug sie schwere Schäden davon?

(Bei Platzmangel bitte separates Blatt beifügen)

Verbrechen, schweres Unrecht und schwere Schuld wirken sich oft über mehrere Generationen in der Familie aus

- Hat ein Familienmitglied ein Verbrechen begangen wie Mord oder Totschlag?
- War ein Familienmitglied Täter von sexuellem Missbrauch?
- War ein Familienmitglied in den Nationalsozialismus verwickelt?
- Hat jemand in der Familie unrechtmäßig vererbt oder beerbt?
- Hat jemand anderweitig schwere Schuld auf sich geladen?

(Bei Platzmangel bitte separates Blatt beifügen)

Besondere Schicksale in der Familie drehen sich oft um den Ausschluss aus der Familie, um besondere schlimme Schicksale oder um den Verlust der leiblichen Eltern oder der Heimat

- Hat jemand in der Familie Selbstmord begangen?
- Wurde jemand Opfer eines Verbrechens?
- War jemand körperlich oder geistig behindert?
- War jemand in der Psychiatrie oder im Gefängnis?
- Ging jemand bankrott?
- Ist jemand ausgewandert?
- War jemand homosexuell?
- 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?

(Bei Platzmangel bitte separates Blatt beifügen)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen und den von Ihnen angefertigten Stammbaum per Fax oder Post an:

Peter Kleylein • Wisbacherstraße 2 b • D-83435 Bad Reichenhall • Fax 08651 / 76 28 91