

Fragebogen für Paare

Zu welchen Themen zeigen sich Ihre Probleme am wenigsten bzw. am häufigsten?

Bitte kreuzen Sie an: 0 = es ist kein Problem, 1-5 skaliert wie häufig oder stark Sie persönlich, das Problem empfinden. Bitte füllen Sie den Fragebogen getrennt aus und berücksichtigen Sie beim Ausfüllen, nur Ihre persönliche Einschätzung, nicht die des Partners. Schicken Sie mir bitte den Fragebogen vor dem ersten Treffen ausgefüllt, per Post oder per Mail zu.

Beziehung mit:
Zusammenlebend seit:
Geschieden von:

seit:
verheiratet seit:
seit:

| | Themen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Unterschiedliche Entwicklung | | | | | | |
| 2. | Kommunikation: Streitkultur, Vereinbarungen, Alltagsgespräche | | | | | | |
| 3. | Zeit für einander: entspannt Zusammensein | | | | | | |
| 4. | Sexualität | | | | | | |
| 5. | Emotionale Intimität / Geborgenheit | | | | | | |
| 6. | Zeit für sich selbst / Autonomie | | | | | | |
| 7. | Aufgabenteilung: Haushalt, Kinder, Arbeit | | | | | | |
| 8. | Eigene Kinder: Erziehung, Beziehung / Kinder aus anderer Beziehung | | | | | | |
| 9. | Aussenbeziehung / jemand hat sich verliebt / jemand fühlt sich zu jemandem anderem hingezogen: wer? | | | | | | |
| 10. | Arbeitszufriedenheit: Belastung, Beanspruchung | | | | | | |
| 11. | Finanzen: Einkommen, Ausgaben | | | | | | |
| 12. | Wohnsituation: Grösse, Ort, Zusammensetzung | | | | | | |
| 13. | Anstehende Entscheidungen Welche? | | | | | | |
| 14.. | Körperliche Beschwerden Welche? Seit wann? | | | | | | |
| 15. | Psychische Beschwerden Welche? Seit wann? | | | | | | |
| 16. | Schlafstörungen (z.B nicht einschlafen können, erwachen in der Nacht oder zu früh) | | | | | | |
| 17. | Beziehung zur Herkunftsfamilie: Eltern, Schwiegereltern, Geschwister etc. | | | | | | |
| 18. | Austausch mit Ex-PartnerIn ist belastet: Kinder, Altlasten, Eifersucht... | | | | | | |
| 19. | Gewalt (körperlich und / oder verbal): von wem? | | | | | | |
| 20. | Suchtprobleme oder Tendenzen: Alkohol, Cannabis ... Welche? | | | | | | |
| 21. | Andere Probleme Welche? | | | | | | |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Ihr Beruf / Funktion | |
| Eigene Kinder und Alter | Ihr Gefühl für jedes Kind * |
| Die wichtigsten Bezugspersonen aus Ihrer Kindheit (Name, Alter, ggf. verstorben seit) Mutter und Vater Stiefvater und / oder Stiefmutter Adoptivvater und Adoptivmutter Andere | Ihr Gefühl für diese Person* |
| Geschwister (Name, Alter, ggf. verstorben seit) Halbgeschwister | Ihr Gefühl für diese Person* |

* Stichworte genügen. Für Kommentare bitte zusätzliche Blätter benutzen

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname: | Ich bin damit einverstanden, dass die Inhalte dieses Fragebogens in die Therapiegespräche miteinbezogen werden. Datum und Unterschrift: |
| Alter: | |
| Adresse: | |
| Ort: | |
| Telefon: | |
| E-Mailadresse: | |