**MAG. WAITSCHACHER JOE**

**SEXUALTHERAPEUT**

**PSYCHOTHERAPEUT i.A.u.SUPERVISION**

**Feldkirchnerstrasse 82**

**Eingang Ecke Grete Bittnerstrasse**

**9020 Klagenfurt am Wörthersee**

**info.ist@aon.at**

**0650/4777060**

PERSÖNLICHER AMNAMNESEFRAGEBOGEN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname/Familiename |  | |
| PLZ/Wohnort |  | |
| Strasse |  | |
| Telefonnummer/Pr/Gesch. |  | |
| Mail |  | |
| Alter/Geburtsdatum |  |  |
| Hausartzt |  | |
| Erstgespräch/Erstkontakt |  |  |

**Aus statistischen Gründen möchten wir gerne wissen, von wem oder durch was Sie auf uns aufmerksam geworden sind.**

Flyer  Internet  Bekannten   Arzt

Ziel des Fragebogens ist es, ein umfassendes Bild von der Umwelt zu bekommen in der Sie leben und in der Sie aufgewachsen sind. Die Angaben über Ihre Person helfen, sich mit dem Problem gründlicher zu befassen. Wenn Sie diese Fragen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie die Durchführung Ihrer Sexual/therapie/Beratung. Bitte lesen Sie diese Routinefragen zu Hause durch und beantworten Sie sie sorgfältig, damit von Ihrer eigentlichen Behandlungszeit nicht so viel verloren geht. Wir werden uns dann im persönlichen Gespräch eingehender mit den verschiedenen Lebensbereichen beschäftigen. Aus diesem Grund reicht es aus, wenn Sie Fragen in Stichworten beantworten. Bitte beantworten Sie alle Fragen selbst und bitten Sie niemanden, bei der Beantwortung behilflich zu sein.

Es ist verständlich, dass Sie sich darüber Gedanken machen, was mit diesen Informationen geschieht, denn diese Informationen sind sehr persönlich. Es ist keinem Außenstehenden gestattet, in diese Daten einzusehen. Wenn Sie irgendwelche Fragen nicht beantworten möchten, schreiben Sie lediglich als Antwort: „uninteressant“ oder streichen Sie die Frage deutlich durch.

1. **Persönliche Daten**
2. **Familienstand** (zutreffende Antwort ankreuzen):

Ledig  verlobt  verheiratet  wiederverheiratet  getrennt geschieden verwitwet.

1. **(Wenn Sie verheiratet sind oder in einer Lebensgemeinschaft leben)**

Name, Alter und Beruf, Religion der(s ) EhegattIn(en),(Partner)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................

1. **Religionszugehörigkeit und religiöse Aktivität**

* Als Kind……………………………………………………………………………………………………………………………………
* Als Erwachsener……………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Wohnen Sie in einem Haus, Zimmer, Hotel, Apartment, etc?....................................................**

* Gemeinsam .....................................................Wer lebt noch dort…………………………………………
* Geburtsdatum:………………………………………..

1. **Gesundheitszustandes der Mutter während der Geburt ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Wie haben Sie Ihren Vater erlebt:**(z.B. Stichwörter in eigenen Worten)

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

1. **Wie haben Sie Ihre Mutter erlebt:**(z.B. Stichwörter in eigenen Worten)

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

1. **Was war die Botschaft der Eltern an Sie:**(z.B. Bitte mit eigenen Worten)

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

II. Ihre Familie

1. **Beschreiben Sie bitte, wie Sie Ihre Familie während Ihrer Kindheit und Jugend erlebte.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Beschreiben Sie den Erziehungsstil in der Familie:**

**………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………….………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Gab es wichtige Ereignisse oder Erlebnisse während Ihrer Kindheit, die für die Therapie von Bedeutung sein können?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..……….…………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Konnten Sie sich in Ihrer Familie sicher und geborgen fühlen.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wie war die Beziehung ihrer Eltern zueinander?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Vater**  lebt  gestorben

Wenn er bereits gestorben ist, wie alt waren Sie gerade …………..und wie alt war Ihr Vater……........

Todesursache:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wenn Ihr Vater lebt, wie alt ist er jetzt:………………………………Beruf:……………………………….……………….

Gesundheitszustand:……………………………………………………………………………………………………………………….

Beschreiben Sie die Persönlichkeit des Vaters:

Früher:……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Heute:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Konnten Sie zu Ihrem Vater Vertrauen haben?..................................................................................

Hätten Sie sich mehr Zuwendung gewünscht?....................................................................................

In welcher Form hatte er Sie bestraft, als Sie noch ein Kind waren?.................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Können Sie sich an Situationen erinnern, in der Sie Ihr Vater enttäuscht hat?................................

Hat er Sie manchmal Ihrer Mutter gegenüber schlecht behandelt……………………………………………….

1. **Mutter**  lebt  gestorben

Wenn Sie bereits gestorben ist, wie alt waren Sie gerade …….und wie alt war Ihre Mutter……........

Todesursache:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wenn Ihre Mutter noch lebt, wie alt ist sie jetzt:………………………………Beruf:……………………………….……………….

Gesundheitszustand:……………………………………………………………………………………………………………………….

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter:

Früher:…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Heute:……………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

Konnten Sie zu Ihre Mutter Vertrauen haben?.....................................................................................

Hätten Sie sich mehr Zuwendung gewünscht?.....................................................................................

In welcher Form hat sie Sie bestraft, als Sie noch ein Kind waren?.....................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Können Sie sich an Situationen erinnern, in der Sie Ihre Mutter enttäuscht hat?................................

Hat sie Sie manchmal Ihrem Vater gegenüber schlecht behandelt……………..…………………………………….

1. **Geschwister**  lebt  gestorben

Wie viel Brüder (Halbbrüder) haben/hatten Sie ( Namen und Alter)………………..……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wie viel Schwestern (Halbschwestern) haben/hatten Sie ( Namen und Alter……………….…………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wenn jemand verstorben ist bitte Namen und Alter bzw. Todesursache:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wenn Ihre Geschwister leben, wie alt sind sie jetzt:………………………………Beruf:………………………………………………………………………...………….……………….

Gesundheitszustand:……………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Schildern Sie die Atmosphäre im Hause Ihrer Eltern:** (Beschreiben Sie den Umgang unter einander)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Wenn **Sie einen Stiefvater oder eine Stiefmutter hatten, wie alt waren Sie als sie wieder heirateten……………………………………….**
2. **Wenn Sie nicht von Ihren Eltern großgezogen sind worden, von wem dann:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Hat sich jemand in der Familie, Verwandte, Freunde um Ihren beruflichen Werdegang gekümmert.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Leidet irgendjemand in Ihrer Familie an Alkoholismus oder anderen Beschwerden?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Gibt es irgendwelche Familienmitglieder die an etwas leiden oder bestimmte Verhaltensweisen haben?**

**…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………**

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

**III. Gesundheit und somatische Ursachen**

1. **Gesundheitszustand während der Kindheit: (Zählen sie es bitte auf)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. **Gesundheitszustand währen der Jugend:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Körpergröße:…………………………………………………………..Gewicht:………………………………………….………..
2. Chirurgische Operationen:…………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Unfälle:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Körperliche Erkrankungen**

* Kopf und Hals:…………………………………………………………………………………………………………………..
* Nervensystem:…………………………………………………………………………………………………………………
* Brustorgane (Herz/Lunge):………………………………………………………………………………………………
* Blutdruck und Gefäße:…………………………………………………………………………………………………….
* Diabetes[[1]](#footnote-1) und Stoffwechsel:………………………………………………………………………………………..
* Bauchorgane:……………………………………………………………………………………………………………….
* Harn- und Geschlechtsorgane:…………………………………………………………………………………….
* Bewegungsapparat (Wirbelsäule u. Gelenke)…….…………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Blutkrankheiten u. Infektionen:…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Haut u. Allergien:………………………………………………………………………………………………………….
* Krankenhausaufenthalte:……………………………………………………………………………………………
* Langwierige Behandlungen:………………………………………………………………………………….…….
* Medikamente (inkl. Stoffname und Milligramm):……………………………………………..….……

…………………………………………………………………………………………………………………………….………

* Weiteres:……………………………………………………………………………………………………………………
* Attest von Hausarzt (letztes Checkup):……………………………………………………………………..

1. **Vegetativum**

* Schlaf (Ein- u. Durchschlaf, Erholungswert):…………………………………………………………………
* Stuhl / Wasserlassen:……………………………………………………………………………………………………
* Schwitzen u.a.:……………………………………………………………………………………………………………..

1. **Grund der Konsultation** (z.B. aktuelle Beschwerden in eigenen Worten)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Vorgeschichte dazu (**auch Erklärungsversuche des Partners. Sorgen, Wünsche, Gedanken, Gefühle)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welche Versuche hat es bisher gegeben dieses Problem zu beheben?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV. Psychische Gesundheit (Klinisch)**

1. **Suchtmittel**

* Alkohol: Manchmal  einmal in der Woche  öfter  nie  gelegentlich
* Was trinken Sie …………………………………………………………………………………………………………….
* Zigaretten: Täglich  einmal in der Woche  öfter  nie  ständig
* Tabletten u.a.:……………………………………………………………………………………………………………...
* Drogen……………………………………………………………………………………………………………………….….

1. **Nennen Sie Ihre Hauptängste und reihen Sie nach Ihrer Wichtigkeit.**
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
7. **Unterstreichen Sie alles, was Sie von sich kennen:**

Kopfschmerzen; Schwindelgefühle; Ohnmachtsanfälle; Herzklopfen; Magenbeschwerden; Angst; Verdauungsbeschwerden; Müdigkeit; Appetitlosigkeit; Ärger; Beruhigungsmittel; Schlaflosigkeit; Albträume; panische Angst; vermehrtes Trinken von Alkohol; Gespanntheit; Konflikte; Zittern; Depression; Selbstmordgedanken; Einnehmen von Medikamente und Drogen; unfähig, sich zu entspannen; sexuelle Probleme; Allergien; Abneigung gegen Wochenende und Urlaub; Schulden; Kann keine Freunde gewinnen; Minderwertigkeitsgefühle; kann keine Entscheidung treffen; kann keine Arbeitsstelle behalten; Probleme mit dem Gedächtnis; schlechte häusliche Dinge; finanzielle Probleme; Einsamkeit; unfähig sich zu amüsieren; übermäßiges Schwitzen; häufiges benutzen von Aspirin oder Schmerzmittel; Konzentrationsschwierigkeiten; Zählen Sie weitere Probleme und Schwierigkeiten hier auf:……………………………………………..…….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft, als Sie noch ein Kind waren:**

Nächtliche Angst  Bettnässen  unglückliche Kindheit  Schlafwandeln Daumenlutschen

Fingernägel kauen  Stottern Ängste  glückliche Kindheit  sonstiges

1. **Ihr Interesse und Ihre Hobbys?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Womit verbringen Sie Ihre Freizeit:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wurden Sie jemals hereingelegt oder ernsthaft gehänselt?** (Kurze Schilderung)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Gab es seit Beginn der Problematik Zeiten, in denen Ihre Beschwerden nicht oder nur selten auftraten?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Waren oder sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in ambulanter oder statonärer ärztlicher /psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Haben sie jemals versucht sich selbst zu verletzen, oder haben sie jemals versucht /angedroht sich um zu bringen.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wie schätzen sie Ihre Gegenwärtige Suizidalen Gedanken ein.**

**0 Keine 1 fast nie 2 ein wenig 3 manchmal 4öfter 5 sehr oft 6fast ständig 7 immer**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Geborgenheit, emotionale Sicherheit, Zuwendung, Liebe, Vertrauen, Gewalterfahrung, Beziehungslosigkeit, Einsamkeit, bei den Eltern, Großeltern, Erziehungsberechtigte …**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Gewinnen Sie leicht Freunde?**

Sehr leicht  leicht  mittel schwer  sehr schwer

1. **Sind Ihre Freundschaften auf Dauer?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Beschreiben Sie sich kurz, wie Sie sich verhalten, wenn Sie andere Menschen kennen lernen?**

..................................................................................................................................................

1. **Wonach beurteilen Sie einen anderen Menschen und warum?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**IV. Angaben zu Ihrem/Ihrer gegenwärtigen Partner/Partnerin:**

1. **Alter:……….Jahre……………………………………..Beruf/Beschäftigung…………………………….………**

Dauer der Partnerschaft: Jahre……………………………Monate………………………………..…………………….

1. **Was sehen Sie an der Beziehung positiv, was negativ?**

Positiv:……………………………………………………………….……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Negativ:…………………………………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

1. **Weiß Ihr Partner/Partnerin über Ihre Beschwerden Bescheid?**

Wenn ja, wie geht er damit um?

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

1. **Schullaufbahn:**

Alter bei Schulbeginn:………………Jahre Alter beim Verlassen der Schule:………………….Jahre

Welcher Schulabschluss?..........................................................................................................

Wo lagen Ihre Stärken in der Schuhle?......................................................................................

Wo lagen Ihre Schwächen in der Schule?...................................................................................

Alter Berufsbeginn:………………………..Jahre

1. **Bitte listen Sie Ihre wichtigsten beruflichen Tätigkeiten und Ausbildungen auf:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Sind Sie mit der Arbeit, die sie derzeit ausüben, zufrieden?**i

Wenn nicht, warum sind >Sie nicht zufrieden?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Sind Sie in Ihrer Beziehung in der Regel?**

gleichwertig  unterlegen  überlegen weiß nicht

1. **Beschreiben Sie eine der letzten Situationen in der Sie unterlegen/überlegen waren:**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Ist Gewalt ein Thema in der Beziehung?** ja nein weiß nicht
2. **Gibt es jetzt eine Außenbeziehung ?** ja  nein weiß nicht
3. **Gab es vor längere Zeit eine Außenbeziehung ?** ja  nein weiß nicht
4. **Wie lange ist diese Beziehung her?**.............................................................................................
5. **Weiß Ihr Partner von dieser Beziehung? ?** ja  nein weiß nicht
6. **Wie gehen Sie damit um bzw. wie würden Sie damit umgehen?**

**………………........................**..........................................................................................................

1. **Erstes Auftreten und Entwicklung der Schwierigkeiten!** (genau beschreiben)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welche Bewältigungsstrategien haben Sie bis jetzt in einer Krise entwickelt?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Denken Sie kurz nach und unterstreichen Sie alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen:**

wertlos; hilfsbereit; zu nichts zu gebrauchen; nett; ein Niemand; das Leben ist leer; unzulänglich; hübsch; dumm; inkompetent; fröhlich, naiv; „kann nichts richtig machen“ unkompliziert; freundlich; Schuldgefühle; böse; Angst vor Neuem; moralisch verworfen; zuversichtlich; schreckliche Gedanken; feindselig; voller Hass; intelligent; ängstlich; gehetzt;

feige; falle anderen zur Last; nachdenklich; warmherzig; kann mich nicht durchsetzen; verständnisvoll; aggressiv; hässlich; selbstbewusst; deformiert; unattraktiv; abstoßend; ehrlich; einfühlsam; deprimiert; einsam; ungeliebt; missverstanden; gelangweilt; überlegt;

ruhelos; schüchtern; verwirrt; ohne Zuversicht; sexy; Freude an Abwechslung; aktiv; im Konflikt; voller Vorwürfe; wertlos; attraktiv; sprachgewandt.

1. **Wie gehen Sie mit Ihren finanziellen Problemen um?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Wie gehen Sie mit den finanziellen Problemen des Partners um? Wie geht er mit Ihren finanziellen Problemen um?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Gibt es eine gemeinsame Kontoführung?** ja  nein weiß nicht
2. **Wie ist die Kommunikation mit der (m )PartnerIn?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wie wird der Beruf des Partners erlebt?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wie schaut es mit der Rollenverteilung im Haushalt aus?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welche Veränderungswünsche bezüglich des Partners haben Sie?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Haben Sie schon einmal mit einen Partner gemeinsam gewohnt?**(Wenn ja, wie lange)

………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**V. Fragen zur Lebensgeschichte**

1. **In welche Zeitabschnitte bzw. Lebensabschnitte würden Sie Ihr Leben einteilen?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Bitte tragen Sie in die folgende Tabellen neben Ihrem Alter wichtige Ereignisse Ihres Lebens stichwortartig ein (z.B : Geburt, von Geschwistern, Schuleintritt, Beginn und Ende von Freundschaften, Arbeitswechsel, Erkrankungen, Tod nahestehender Personen etc.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kindheit bis zum Schulbeginn** | **Alter** | **Ereignis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Grundschulzeit** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Pubertät** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **16-26. Lebensjahre** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Erwachsenenalter** | **Alter** | **Ereignis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Haben Sie als Kind gerne gespielt? Nennen Sie bitte Ihr Lieblingsspielzeug?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Haben Sie in Ihrer Kindheit mehr mit Buben oder mit Mädchen gespielt? Waren Sie jünger oder älter?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Haben Sie sich irgendeiner Gruppe angeschlossen?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Hatten Sie in der Kindheit/Jugend einen Bereich für sich alleine, beschreiben Sie diesen kurz?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Erinnern Sie sich an eine für Sie bedeutsame Situation in Ihrer Kindheit/Jugendzeit und halten Sie diese auf der Rückseite zeichnerisch dar**. (In Form eines Bildes Fotos oder Collage)
2. **Gibt es Situation in Ihrer Kindheit/Jugend/Erwachsenenalter die Sie hier nicht beschreiben konnten.**

ja  nein weiß nicht

**VI. Berufliche Situation**

1. **Ausbildung Schule**?.................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

1. **Alle erlernten Jobs und Berufe inkl. Ihrer letzten Berufsbezeichnung?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Sind Sie mit Ihrem jetzigen Beruf zufrieden? Wenn nein - Warum?** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Entspricht Ihre jetzige Arbeit Ihrem Wunsch und Ihren Fähigkeiten?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **In welchem Punkt belastet Sie die Tätigkeit?** (z.B. Überstunden, Vorgesetzter, Arbeitslosigkeit, Kollegen)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wie ist der Kontakt zu Ihren Kollegen/Innen?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Haben Sie auch private Kontakte zu Ihnen?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

1. **Gab es in letzter Zeit ein für Sie wichtiges berufliches Ereignis ?** Bitte schreiben Sie es kurz auf)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

VII. Ihr Sexualleben

1. **Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität** (z.B. wurde zu Hause aufgeklärt, wurde zu Hause über Sexualität gesprochen?)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Wann und wie sind Sie sexuell aufgeklärt worden?**

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….

1. **Wann wurden Ihnen zum ersten Mal Ihre eigenen sexuellen Bedürfnisse bewusst?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Hatten Sie jemals mit Sex oder Masturbation, irgendwelche Angst- oder Schuldgefühle.** (Wenn ja beschreiben Sie diese)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Gibt es irgendwelche Besonderheiten Ihrer ersten nachfolgenden sexuellen Erfahrung?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

1. **Haben Sie jemals masturbiert? ( wenn ja, wann, wie oft)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wann und mit wem hatten Sie erste sexuelle Kontakte?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Haben (hatten) Sie oder Ihr Partner einen Kinderwunsch?** (Wenn beschreiben Sie diesen)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Sexualleben zufrieden? (**Wenn nicht bitte erläutern)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Haben Sie bedeutende heterosexuelle (homosexuelle) Verhaltensweisen?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Fühlen Sie sich sexuell in irgendeiner Situation sexuell gehemmt?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wurden** **Sie (in der Kindheit) je in einer Art angefasst, was Ihnen unangenehm war?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Sind Sie in der Kindheit zu sexuellen Handlungen angehalten worden?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Gibt es Verhaltensweisen über die Sie nicht gerne sprechen?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gibt es sexuelle Wünsche oder Gefühle (Neigungen) die Sie belasten?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gibt es sexuelle Wünsche die Sie gerne erleben möchten?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Haben Sie beim Sex Schmerzen?** ( Wenn ja , welche, wann, und wo)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Verwenden Sie ein Verhütungsmittel?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Erleben und Wahrnehmung des Partners im nicht sexuellen Bereich:**

* **Was mag ich:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

* **Was mag ich nicht:………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………**

1. **Welche Menschen spielen in Ihrem Leben eine wichtige Rolle. Versuchen Sie bitte, Sie nach Wichtigkeit zu reihen.**(Es können auch zwei Personen an der gleichen Stelle stehen.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nur für Frauen**

1. **Wann haben Sie Ihre erste Periode gehabt? Haben bzw. hatten Sie dabei Schmerzen ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Beeinflusst die Periode Ihre Stimmung? (wenn ja, wie)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Was soll das Ziel der Sexualtherapie sein?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Was haben Sie für Zukunftsaussichten:**

………………..**…………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Warum wollen Sie gerade jetzt eine Sexualtherapie machen?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Danke für Ihre Mitarbeit…

„Jede Weltumseglung – beginnt mit dem ersten Schritt“

Sie haben einen wichtigen heute erledigt…

1. Zuckerkrankheit [↑](#footnote-ref-1)