

Datum:

Urs Nüesch

Systemische Hypnotherapie | Coaching | Paarberatung

Vordergasse 30 • CH-8213 Neunkirch • Tel. +41 (0) 79 600 33 50
Fax +41 (0) 52 681 51 79 • E-Mail: urs@urs-nueesch.ch • www.urs-nueesch.ch

FRAGEBOGEN

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

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

ANLIEGEN UND ZIELE:

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

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

Gesundheit	<input type="text"/>	Partnerschaft	<input type="text"/>	familiäre Situation	<input type="text"/>
berufliche Situation	<input type="text"/>	finanzielle Situation	<input type="text"/>	Wohn-Situation	<input type="text"/>
Kommunikation	<input type="text"/>	Beziehungen	<input type="text"/>	Freizeit / Hobbys	<input type="text"/>

HEUTIGES BEFINDEN: Fühlen Sie sich oft...

auf einer Skala von 1 (= sehr schwach) bis 10 (= sehr stark)

traurig / deprimiert.....

ärgerlich / wütend.....

gestresst / unter Druck.....

schuldig.....

machtlos / hilflos

orientierungslos.....

Haben Sie Ängste
(Wenn Ja, welche Ängste?)

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 Ihre Mutter?

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? (z.B. Kaiserschnitt, Zangengeburt)

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 Ihr Vater?

Woran ist er gestorben?

Wie alt waren Sie beim
Tod Ihres Vaters?

IHR VATER:

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 Ihrer Eltern in der Kindheit erlebt?

DIE BEZIEHUNG IHRER ELTERN:

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

Wie alt waren Ihre Eltern, als sie geheiratet haben?

Wurde Ihre Mutter in der Familie Ihres Vaters anerkannt und geachtet?

Wurde Ihr Vater in der Familie Ihrer Mutter anerkannt und geachtet?

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 das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer 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 das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer 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 das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer Schwester in der Kindheit / Jugend?

Wie ist / war das Verhältnis zu Ihrem Bruder / Ihrer 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 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?

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?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihres Großvaters?

Wie war die Beziehung / Ehe der Eltern Ihrer Mutter?

DIE GESCHWISTER IHRER MUTTER:

Wie viele Geschwister hat Ihre Mutter?

Bitte listen Sie die Geschwister-Reihenfolge Ihrer Mutter auf: mit Vorname, Geburtsjahr und Todesjahr (Soweit bekannt auch gestorbene, totgeborene, abgetriebene oder fehlgeborene Geschwister)

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, 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 dessen 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 dessen Vater in der Kindheit und später?

Gibt oder gab es schweres Schicksal im Leben Ihres Großvaters?

Wie war die Beziehung / Ehe der Eltern Ihres Vaters?

DIE GESCHWISTER IHRES VATERS:

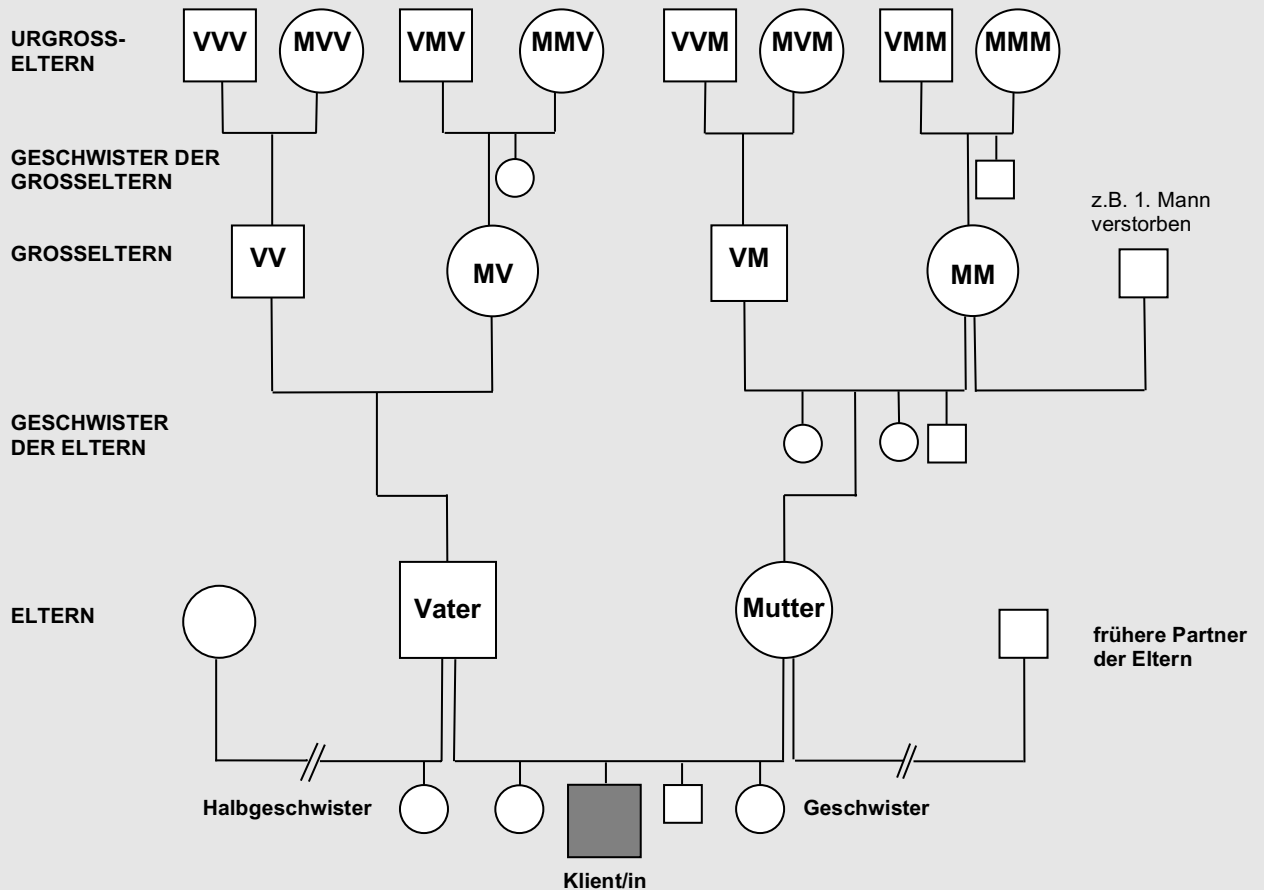
Wie viele Geschwister hat Ihr Vater?

Bitte listen Sie die Geschwister-Reihenfolge Ihres Vaters auf: mit Vorname, Geburtsjahr und Todesjahr (Soweit bekannt auch gestorbene, totgeborene, abgetriebene oder fehlgeborene Geschwister)

Gibt es in Ihrer väterlichen Ahnenlinie andere schwere Schicksale? (Siehe Liste auf Seite 9)

IHRE HERKUNFTSFAMILIE:

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



LEBENSPARTNER:

Sind Sie derzeit in einer Partnerschaft? Wenn ja,
Name des heutigen Lebenspartners/Lebenspartnerin

Seit wann?

Wenn verheiratet – seit wann?

Haben Sie gemeinsame Kinder? (Name und Alter)

Hat Ihr Partner / Ihre Partnerin Kinder aus früheren Beziehungen?

Gab es bei Ihnen oder Ihrer Partnerin Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Was war Ihre Motivation, diese Partnerschaft einzugehen?

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

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:

Die 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?

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 beifügen)

Menschen, von denen Sie sich verletzt fühlen 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), Verlassenerlebnisse, 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?

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

Wann und 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?)
- Andere Störungen oder Beschwerden

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen und Stammbaum per E-Mail an urs@urs-nueesch.ch oder per Post an:

Praxis Urs Nüesch • Vordergasse 30 • CH-8213 Neunkirch