

# FRAGEBOGEN ZUR PAARBERATUNG

Der Paarfragebogen hilft Ihnen und mir, die Paarberatung gut zu beginnen. Sie machen sich beim Beantworten der Fragen wichtige Themen bewusst, und ich bekomme vor der Beratung Informationen über Sie beide als Paar.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, und füllen Sie den Fragebogen alleine aus, unabhängig von Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner. Ihre Partnerin oder Ihr Partner füllt den eigenen Fragebogen ebenfalls alleine aus, unabhängig von Ihnen.



**Name der Partnerin oder des Partners,  
mit der/dem Sie zur Beratung kommen:**

**Seit wann sind Sie ein Paar?**

**Haben Sie eine Ehe oder eine Eingetragene  
Lebenspartnerschaft?**

☐ ja ☐ nein

**Wenn ja, seit wann?**

**Wohnen Sie gemeinsam in einem Haushalt?**

☐ ja ☐ nein

**Wenn ja, seit wann?**

**Wer wohnt zusätzlich in Ihrem Haushalt?  
(Außer möglichen Kindern - die werden  
später erfragt.)**

## Ihre eigenen Daten

**Vorname**

**Nachname**

**Geburtsjahr**

**Geburtsort**

**Adresse**

**Telefonnummer**

**E-Mail-Adresse**

**Schulbildung**

**Ausbildung**

**Bisherige Berufstätigkeiten**

**Aktueller Beruf**

## Ihre eigene Herkunftsfamilie

|               | Vor- und Nachname | Geburts-<br>jahr | Evtl.<br>Todes-<br>jahr | Hat<br>Partner/in        |                          | Hat<br>Kind/er           |                          | Wohnort | Beruf |
|---------------|-------------------|------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|-------|
|               |                   |                  |                         | ja                       | nein                     | ja                       | nein                     |         |       |
| Vater         |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |         |       |
| Mutter        |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |         |       |
| Geschwister 1 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |       |
| Geschwister 2 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |       |
| Geschwister 3 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |       |
| Geschwister 4 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |       |
| Geschwister 5 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |       |

|               | Stark einschränkende Krankheiten | Stichworte, die Ihr Verhältnis zu ihr oder ihm beschreiben |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Vater         |                                  |                                                            |
| Mutter        |                                  |                                                            |
| Geschwister 1 |                                  |                                                            |
| Geschwister 2 |                                  |                                                            |
| Geschwister 3 |                                  |                                                            |
| Geschwister 4 |                                  |                                                            |
| Geschwister 5 |                                  |                                                            |

## Kinder

|        | Vor- und Nachname | Geburts-<br>jahr | Evtl.<br>Todes-<br>jahr | Gemeinsames Kind<br>mit Partnerin/Partner |                          | Eigenes Kind             |                          | Kind der Partnerin/<br>des Partners |                          |
|--------|-------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|        |                   |                  |                         | ja                                        | nein                     | ja                       | nein                     | ja                                  | nein                     |
| Kind 1 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Kind 2 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Kind 3 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Kind 4 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Kind 5 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Kind 6 |                   |                  |                         | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

|        | Lebt bei | Schulbildung | Beruf |
|--------|----------|--------------|-------|
| Kind 1 |          |              |       |
| Kind 2 |          |              |       |
| Kind 3 |          |              |       |
| Kind 4 |          |              |       |
| Kind 5 |          |              |       |
| Kind 6 |          |              |       |

Haben Sie Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten erlebt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann?

## Ihre eigene Kindheit

Wie haben Sie sich als Kind in Ihrem Elternhaus gefühlt?

Wie kommentieren Sie die eigene Erziehung durch Ihre Eltern?

Gab es als Kind Unterschiede Ihrer Beziehung zur Mutter und zum Vater?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie in Ihrer Kindheit emotionale oder körperliche Gewalt erfahren?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, von wem, in welchem Alter?

Wie beschreiben Sie die Beziehung Ihrer Eltern untereinander während Sie Kind waren?

Welchen Eindruck hatten Sie als Kind von der sexuellen Beziehung Ihrer Eltern?

Leben Ihre Eltern aktuell als Paar?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, wann war die Trennung?

Wie beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihren Eltern aktuell?

## Ihre bisherigen Partnerschaften

Wie viele Partnerschaften hatten Sie bisher (ohne die aktuelle)?

Was waren Trennungsgründe?

Bei wie vielen Trennungen haben Sie die Trennung  
gefordert oder eingeleitet?

Wie lange dauerte Ihre kürzeste bisherige  
Partnerschaft?

Wie lange dauerte Ihre längste bisherige  
Partnerschaft?

## Ihre Sexualität

Woher hatten Sie ihr sexuelles Wissen in Kindheit  
und Jugend?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten sexuellen  
Erfahrung?

Wie viele Sexualpartnerinnen oder -partner hatten  
Sie bisher?

Wer war Ihr/e wichtigste/r Sexualpartner/in bisher?

Hatten Sie sexuelle Erlebnisse, die -positiv oder  
negativ- besonders wichtig waren?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wie empfinden Sie Ihr derzeitiges Sexualleben?

Fühlen Sie sich in Ihrer Sexualität eingeschränkt,  
vermissen Sie etwas?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was?

Wie offen reden Sie innerhalb Ihrer Partnerschaft  
über Sexualität?

Haben Sie in Ihrer Partnerschaft eine Einigung über  
Monogamie und sexuelle Außenbeziehungen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

## Ihre Gesundheit

Haben Sie schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie schon einmal einen Suizid versucht?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Alter, warum?

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Beratung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Jahr und wie lange?

Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Beratung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

Fühlen Sie sich psychisch gesund?

☐ ja ☐ nein

## Ihre Partnerschaft

Bitte beschreiben Sie Ihre Partnerin oder Ihren Partner in Stichworten.

Gibt es äußere Belastungen, denen Sie als Paar ausgesetzt sind?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wie fühlen Sie sich generell in Ihrer Partnerschaft?

☐ glücklich ☐ zufrieden ☐ neutral ☐ unzufrieden ☐ unglücklich

Bitte nennen Sie stichwortartig Konfliktthemen in Ihrer Partnerschaft.

## Ihre Paarberatung

Wer hat die Paarberatung vorgeschlagen?

Wer hat mich als Berater ausgewählt?

Welche „Überschrift“ hat die Paarberatung, worum geht es?

Was soll idealerweise das Ergebnis der Beratung sein?

Was wäre das denkbar schlechteste Ergebnis der Beratung?

Was an Ihrer Beziehung ist so gut, dass Sie es auf keinen Fall ändern wollen?

Wie fühlen Sie sich generell in Ihrem aktuellen Leben?

☐ glücklich ☐ zufrieden ☐ neutral ☐ unzufrieden ☐ unglücklich

Was sollte ich auf jeden Fall über Sie wissen?

**Bitte senden sie den ausgefüllten Fragebogen so rechtzeitig los, dass er spätestens vier Werktage vor unserem Termin ankommt.**

**Datensicherer Upload im Internet:** <https://nextcloud.online-psychologe.de/index.php/s/B7dtL5Fd9t9QHWA>

**Briefpostadresse** Heiko Wagner, Bertoldstraße 51, 79098 Freiburg.

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen nicht per E-Mail. Mails sind kein datensicheres Kommunikationsmittel.