

## Fragebogen zur Beratung

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Ausbildung / aktueller Beruf:

Lebensgemeinschaft/Verheiratet (zutreffendes unterstreichen) mit:

seit:

Getrennt / Geschieden seit:

	Name	Geburts- jahr	Gefühle zu	Lebt bei	Beruf
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Kind 4					

	Name	geb.	evt. verst. am	Haltung zu	Beruf
Mutter:					
Vater:					
evt. Stiefmutter					
evt. Stiefvater					
Großeltern - Mutter					
Großeltern - Vater					
Geschwister 1					
Geschwister 2					
Geschwister 3					
Geschwister 4					

<b>Wo erleben Sie die Schwierigkeiten, wegen der Sie die Beratung aufsuchen, am wenigsten (0), am meisten (5)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Berufliche Belastung						
Kontakte zur eigenen Herkunftsfamilie						
Schwierigkeiten in der Partnerschaft / Ehe						
Wohnsituation						
Finanzsituation						
körperliche Erkrankungen welche?						
psychische Erkrankungen welche?						
Gewalt in der Beziehung						
Abhängigkeiten - Sucht						
Sonstige Probleme						

Was wäre die **beste** Änderung, welche die Beratung bei Ihnen auslösen könnte?

Was wäre die **schlimmste** Änderung, welche die Beratung bei Ihnen auslösen könnte?

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Flyer, wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Örtliches Telefonbuch

Gelbe Seiten

Internet

wenn ja, über welche Seite? \_\_\_\_\_

Empfehlung

Sonstiges: \_\_\_\_\_ -