

Patientenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn (Selbstauskunft)

1. Name _____

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname _____

P. - Chiffre

--	--	--	--	--	--	--	--

1 2 3 4 5 6 7

Wohnort

--	--	--	--	--

(Postleitzahl)

Aufn. - Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 2 3 4 5 6 7 8

1.1. Ihr Geschlecht ?

- männlich
 weiblich

1.2. Ihr Geburtsdatum?

--	--	--	--	--	--

1.3. Welcher Nationalität gehören Sie an?

- Deutsch
- Deutscher Übersiedler/Spätaussiedler
(Jahr der Übersiedlung)

--	--	--	--
- andere Nationalität:
(Internationales Autokennzeichen)

--	--	--	--
- oder.....

1.4. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 getrennt lebend
- 4 geschieden
- 5 verwitwet
- 6 wieder verheiratet

1.5. In welcher Partnersituation leben Sie?

- 1 kurzfristig kein Partner
- 2 langfristig/dauerhaft kein Partner
- 3 wechselnder Partner
- 4 fester Partner (Ehepartner)
- 5 fester Partner (nicht Ehepartner)

1.6. In wessen Haushalt leben Sie?

- 1 versorgt im Haushalt der Eltern
- 2 mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam
- 3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie etc.)
- 4 Wohngemeinschaft
- 9 sonstiger Haushalt

1.7. Wie ist Ihre Wohnsituation (1. Wohnsitz)?

- 1 Privatwohnung, möbl. Zimmer, Wohnungsgemeinschaft
- 2 betreutes Einzelwohnen/betreute Wohngruppe
- 3 therapeutisches/psychiatr./gerontopsychiatr. Heim
Heim für Behinderte, (Übergangs-)Wohnheim, Nachtambulanz
- 4 Altenwohnheim/Altenpflegeheim
- 5 sonstiges nicht-therapeutisches Heim
z. B. Studentenwohnheim, Aussiedlerwohnheim
- 6 psychiatrisches Krankenhaus
- 7 Justizvollzugsanstalt
- 8 ohne festen Wohnsitz
- 9 sonstige/unklar/unbekannt

1.8. Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie? (Bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- 1 noch in der Schule
- 2 kein Schulabschluß
- 3 Sonderschulabschluß
- 4 Hauptschul-/Volksschulabschluß
- 5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule
- 6 Fachabitur/Abitur
- 9 sonstiges

Patientenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn (Selbstauskunft)

1.9. Welchen höchsten Berufsabschluß haben Sie?

- 1 noch in der Berufsausbildung
- 2 Lehre/Fachschule
- 3 Meister
- 4 Fachhochschule/Universität
- 5 ohne Berufsabschluß
- 9 sonstiges

- 7 hochqualifizierter/lt. Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- 8 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)
- 9 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
- 10 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
- 11 nie erwerbstätig
- 12 unbekannt/unklar

1.10. Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf?

- 1 un-/angelernter Arbeiter
- 2 Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker
- 3 einfacher Angestellter/Beamter
- 4 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
- 5 höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst
- 6 hochqualifizierter/lt. Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- 7 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)
- 8 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
- 9 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
- 10 nie erwerbstätig
- 11 unbekannt/unklar

1.12. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- 1 berufstätig, Vollzeit
- 2 berufstätig, Teilzeit
- 3 berufstätig, gelegentlich
- 4 mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig
- 5 Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- 6 Ausbildung
- 7 Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr
- 8 geschützt beschäftigt
- 9 arbeitslos gemeldet
- 10 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
 - 11 - auf Dauer
 - 12 - auf Zeit
- 13 Frührente/Altersrente/Pension
- 14 Witwen/Witwer-Rente
- 15 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- 16 unbekannt/unklar

1.11. Wenn Sie gemeinsam mit Anderen einen Haushalt bilden: Wie lautet der letzte (oder zuletzt ausgeübte) Beruf desjenigen in Ihrem Haushalt, der das meiste Geld verdient?

entweder:

- 1 Ich lebe allein im Haushalt oder ich bin selbst derjenige, der am meisten verdient.

oder: Der/die Meistverdienende ist

- 2 un-/angelernter Arbeiter
- 3 Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker
- 4 einfacher Angestellter/Beamter
- 5 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
- 6 höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst

1.13. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?

000 = keine Arbeitsunfähigkeit
 999 = unbekannt

Wochen

1.14. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- 1 nein
- 2 Rentenantrag
- 3 Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren
- 4 Zeitrente

Vielen Dank!

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN (PHQ)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name _____ Alter _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum _____

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Fragen zum Thema „Angst“.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)? | NEIN | JA |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 5 fort.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

NEIN **JA**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Bekamen Sie schlecht Luft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie geschwitzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fühlten Sie sich schwindelig, benommen oder sind Sie ohnmächtig geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Zitterten oder bebten Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht **An einzelnen Tagen** **An mehr als der Hälfte der Tage**

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn Sie „Überhaupt nicht“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 6 fort.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Leichte Ermüdbarkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days"

6. Fragen zum Thema „Essen“.

a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, was und wie viel Sie essen? **NEIN** **JA**

b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

Wenn Sie bei a oder b „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 9 fort.

c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden? **NEIN** **JA**

a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?

b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?

c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?

d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben, mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, nachdem Sie zuviel gegessen hatten?

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor? **NEIN** **JA**

9. Trinken Sie jemals Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)? **NEIN** **JA**

Wenn Sie „NEIN“ ausgewählt haben, fahren Sie bitte mit Frage 11 fort.

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten? **NEIN** **JA**

a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören.

b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“.

c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen ferngeblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren.

d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten.

e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten.

11. Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen?

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Stark erschwert

Extrem erschwert

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Entwickelt von Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke und Kollegen, mit Forschungsbeihilfe von Pfizer Inc. Für die Vervielfältigung, Übersetzung, Darstellung oder Verteilung ist keine Genehmigung erforderlich.

Zielcheckliste

Das Setzen von Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Psychotherapie. Wir bitten Sie deshalb, hier Ihre persönlichen Ziele für die kommende psychotherapeutische Behandlung anzugeben

Als Hilfe finden Sie zunächst eine Liste von möglichen Zielen einer Psychotherapie, gegliedert nach fünf Bereichen. Links finden Sie hier Stichworte, die das Thema des Therapieziels bezeichnen, rechts die eigentlichen Ziele.





- Bitte gehen Sie zunächst diese Liste durch und kreuzen alle Ziele an, die Sie mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollen.
- Wenn Sie ein persönliches Ziel nicht in der Liste vorfinden, schreiben Sie es bitte unter dem entsprechenden Stichwort in die leere Zeile.
- Am Ende der Liste können Sie die Ziele in eigenen Worten formulieren und angeben, wie wichtig die einzelnen Ziele für Sie sind.

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome



Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Depressives Erleben	<input type="checkbox"/> ₁ negative, kreisende Gedanken oder Schuldgefühle überwinden. <input type="checkbox"/> ₂ aus meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit oder inneren Leere herauskommen. <input type="checkbox"/> ₃ mit Stimmungsschwankungen besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₄ wieder mehr Antrieb und Energie bekommen. <input type="checkbox"/> ₅
Selbstverletzung	<input type="checkbox"/> ₆ lernen, mir keine körperlichen Verletzungen mehr zuzufügen. <input type="checkbox"/> ₇ Selbstmordgedanken überwinden und wieder Lebenswillen finden. <input type="checkbox"/> ₈
Ängste	<input type="checkbox"/> ₉ eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₁₀ lernen, Angst- und Panikanfälle in den Griff zu bekommen. <input type="checkbox"/> ₁₁ lernen, ohne Angst und unsicheres Verhalten (z.B. Erröten, Stottern) unter die Leute zu gehen. <input type="checkbox"/> ₁₂ lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide. <input type="checkbox"/> ₁₃
Zwanghafte Gedanken und Handlungen	<input type="checkbox"/> ₁₄ ständig wiederkehrende, quälende Gedanken oder Impulse besser kontrollieren lernen. <input type="checkbox"/> ₁₅ wiederholte, sinnlose und zeitraubende Handlungen (übertriebenes Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Zählen etc.) einschränken lernen. <input type="checkbox"/> ₁₆

Aussergewöhnlich belastende Lebensereignisse	<input type="checkbox"/> ₁₇ ein aussergewöhnlich stark belastendes Erlebnis (oder mehrere) verarbeiten.
Suchtverhalten	<input type="checkbox"/> ₁₈ den körperlichen Entzug von einem Suchtmittel durchführen. <input type="checkbox"/> ₁₉ ohne Suchtmittel leben lernen. <input type="checkbox"/> ₂₀ meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen. <input type="checkbox"/> ₂₁ mit schwierigen Situationen anders umgehen lernen, statt zum Suchtmittel zu greifen. <input type="checkbox"/> ₂₂ 
Essverhalten	<input type="checkbox"/> ₂₃ meine Essprobleme (Magersucht, Ess-Brechsucht, Esssucht etc.) bewältigen. <input type="checkbox"/> ₂₄ mit meinem Gewicht umgehen lernen (es reduzieren oder so akzeptieren). <input type="checkbox"/> ₂₅ 
Schlaf	<input type="checkbox"/> ₂₆ meine Schlafprobleme (Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen.
Sexualität	<input type="checkbox"/> ₂₇ sexuelle Probleme bewältigen.
Körperliche Schmerzen und Krankheiten	<input type="checkbox"/> ₂₈ mit körperlichen Schmerzen umgehen lernen oder diese nach Möglichkeit verringern. <input type="checkbox"/> ₂₉ mit meiner körperlichen Krankheit umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₃₀ 
Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen	<input type="checkbox"/> ₃₁ meine Wohnsituation klären (ein Problem bewältigen oder ein Ziel anstreben). <input type="checkbox"/> ₃₂ konkrete Probleme im Zusammenhang mit meiner Arbeit oder meiner Ausbildung bewältigen. <input type="checkbox"/> ₃₃ meinen Alltag besser organisieren lernen. <input type="checkbox"/> ₃₄ 
Stress	<input type="checkbox"/> ₃₅ besser mit Stresssituationen umgehen lernen.

Ziele im zwischenmenschlichen Bereich

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Bestehende Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ₃₆ die Beziehung mit meinem Partner / meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> ₃₇ das Sexualleben mit meinem Partner / meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> ₃₈ meine Erwartungen und Gefühle bezügl. Partner / Partnerin klären. <input type="checkbox"/> ₃₉ 
Elternschaft und aktuelle Familie	<input type="checkbox"/> ₄₀ mir die Aufgabe als Vater / als Mutter besser zutrauen lernen. <input type="checkbox"/> ₄₁ mein Verhalten gegenüber meinem Kind / meinen Kindern ändern. <input type="checkbox"/> ₄₂ die aktuelle Familiensituation verändern. <input type="checkbox"/> ₄₃ mit einer Trennung innerhalb der Familie besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₄₄ 
Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/> ₄₅ die Beziehung zu meinen Eltern verändern (mich ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden etc.).

Andere Beziehungen	<input type="checkbox"/> ₄₆ die Beziehung zu bestimmten Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld klären oder verbessern. <input type="checkbox"/> ₄₇ die Trennung von meinem Ex-Partner / meiner Ex-Partnerin verarbeiten. <input type="checkbox"/> ₄₈
Alleinsein und Trauer	<input type="checkbox"/> ₄₉ mit dem Alleinsein besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₀ den Verlust einer geliebten Person verarbeiten. <input type="checkbox"/> ₅₁
Selbstbehauptung und Abgrenzung	<input type="checkbox"/> ₅₂ mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₃ mit den Reaktionen anderer (Kritik, Ablehnung, Lob etc.) auf mein Verhalten besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₄
Kontakt und Nähe	<input type="checkbox"/> ₅₅ lernen, besser mit Menschen in Kontakt zu treten (und Kontakte zu pflegen). <input type="checkbox"/> ₅₆ mehr Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₇ mich auf eine neue Partnerschaft vorbereiten. <input type="checkbox"/> ₅₈

Verbesserung des Wohlbefindens

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Bewegung und Aktivität	<input type="checkbox"/> ₅₉ mehr Sport und andere körperliche Aktivitäten betreiben. <input type="checkbox"/> ₆₀ meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.). <input type="checkbox"/> ₆₁
Entspannung und Gelassenheit	<input type="checkbox"/> ₆₂ lernen, mich zu entspannen und abzuschalten. <input type="checkbox"/> ₆₃ ruhiger werden und die Dinge gelassener angehen. <input type="checkbox"/> ₆₄
Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> ₆₅ wieder mehr Lebensfreude entwickeln. <input type="checkbox"/> ₆₆ lernen, mich in meinem Körper wohler zu fühlen. <input type="checkbox"/> ₆₇

Orientierung im Leben

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	<input type="checkbox"/> ₆₈ mit Teilen meiner Vergangenheit besser zurechtkommen lernen. <input type="checkbox"/> ₆₉ mir klarer werden, wer ich bin, was ich kann und was ich will. <input type="checkbox"/> ₇₀ neue Zukunftsperspektiven (private oder berufliche) erarbeiten. <input type="checkbox"/> ₇₁
Sinnfindung	<input type="checkbox"/> ₇₂ Sinnfragen in meinem Leben klären.

Selbstbezogene Ziele

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

Einstellung zu mir selbst	<input type="checkbox"/> ₇₃ mehr Selbstvertrauen und Selbstsicherheit entwickeln. <input type="checkbox"/> ₇₄ mich akzeptieren lernen, so wie ich bin. <input type="checkbox"/> ₇₅
Bedürfnisse und Wünsche	<input type="checkbox"/> ₇₆ meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen. <input type="checkbox"/> ₇₇ meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen. <input type="checkbox"/> ₇₈ eigene Wünsche und Pläne besser verwirklichen lernen. <input type="checkbox"/> ₇₉
Leistung, Kontrolle und Verantwortung	<input type="checkbox"/> ₈₀ lernen, Entscheidungen selbständiger zu treffen. <input type="checkbox"/> ₈₁ lernen, Angefangenes zu Ende zu führen. <input type="checkbox"/> ₈₂ meine hohen Ansprüche an mich oder an andere herabsetzen lernen. <input type="checkbox"/> ₈₃ Verantwortung und Kontrolle abgeben lernen. <input type="checkbox"/> ₈₄
Umgang mit Gefühlen	<input type="checkbox"/> ₈₅ Gefühle zulassen und äussern lernen. <input type="checkbox"/> ₈₆ mit starken negativen Gefühlen (z.B. Ärger, Wutausbrüchen) umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₈₇

Fehlt noch ein Ziel, das Sie mit Hilfe der Therapie erreichen wollen und oben nirgends einordnen konnten?

.....

.....

Für einen besseren Überblick übertragen Sie nach dem Ankreuzen bitte Ihre Ziele auf dieses Blatt. Falls Sie mehr als fünf Ziele angekreuzt haben, geben Sie hier **Ihre fünf wichtigsten Ziele an** (weniger als fünf Ziele sind aber auch möglich).

- Als Gedankenstütze tragen Sie zunächst die Nummern der wichtigsten Ziele in die entsprechenden Kästchen ein (ein Kästchen, eine Nummer).
- Dann formulieren Sie die gewählten Ziele **möglichst konkret** in eigene Worte um, damit diese auf Ihre persönliche Situation zutreffen.
- Zuletzt schätzen Sie bitte zu jedem Ziel ein, wie wichtig es für Sie ist.

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig	<input type="checkbox"/> ziemlich wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---