



Sabine Loose -  
Heilpraktikerin - beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie

## Paarberatung - Anamnese

### Vornamen

PartnerIn 1: \_\_\_\_\_

PartnerIn 2: \_\_\_\_\_

### Nachname

PartnerIn 1: \_\_\_\_\_

PartnerIn 2: \_\_\_\_\_

### Anschrift

PartnerIn 1: \_\_\_\_\_

PartnerIn 2: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Anzahl Vor-Ehen? \_\_\_\_\_

Verhältnis zu den ehemaligen PartnerInnen

PartnerIn 1

gut     angespannt     kein Kontakt mehr

PartnerIn 2

gut     angespannt     kein Kontakt mehr

Anzahl eigener Kinder: \_\_\_\_\_

Alter eigener Kinder: \_\_\_\_\_

In die Partnerschaft eingebrachte Kinder und  
Alter:

\_\_\_\_\_

Ausbildung / Studium

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf / SB für Selbständig

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

### Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

### Herkunfts-Familie PartnerIn 1

Trennung der Eltern     ja     nein

in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Verhältnis unter den Eltern

\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine sichere Bezugsperson in der Kindheit?

ja     nein

Verhältnis zu den Eltern

Zu Mutter \_\_\_\_\_

Zu Vater \_\_\_\_\_

Verhältnis zu Geschwistern

\_\_\_\_\_

Tod durch Unfall oder Krankheit in der Familie?

ja     nein

**Herkunfts-Familie PartnerIn 2**

Trennung der Eltern   o ja   o nein

in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Verhältnis unter den Eltern

\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine sichere Bezugsperson in der Kindheit?

o ja   o nein

Verhältnis zu den Eltern

Zu Mutter \_\_\_\_\_ Zu Vater \_\_\_\_\_

Verhältnis zu Geschwistern

\_\_\_\_\_

Tod durch Unfall oder Krankheit in der Familie?

o ja   o nein

**Familienanamnese**

Beschreiben Sie bitte individuell Ihre derzeitige Situation auf einem extra Blatt Papier

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

Partnerin 2 \_\_\_\_\_

**Was läuft gut in Ihrer Beziehung?**

Schreiben Sie bitte alles unabhängig voneinander auf, was Ihnen gut gefällt. Nutzen Sie bitte ein extra Blatt Papier

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

**Gab es Ihrerseits schon Lösungsversuche für Ihre Themen innerhalb Ihrer Beziehung?**

o ja   o nein

Sind diese gescheitert?   o ja   o nein

Falls ja, woran? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gab es in Ihrer Paarbeziehung einschneidende Erlebnisse / Traumata/ erfahrene Kränkungen durch den/die PartnerIn**

PartnerIn 1:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PartnerIn 2:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wir kommunizieren Sie miteinander?**

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Sexualleben derzeit befriedigend?**

o ja   o nein

PartnerIn 1 \_\_\_\_\_

PartnerIn 2 \_\_\_\_\_

**Problembeschreibung PartnerIn 1:**

Wie erleben Sie Ihre aktuelle Beziehung?

**Beginn** o schon immer, o angefangen...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was wünschen Sie sich? 3 Wünsche frei**

---

---

---

---

**Was wünschen Sie nicht mehr?**

---

---

---

---

**Problembeschreibung PartnerIn 2**

Wie erleben Sie Ihre aktuelle Beziehung?

**Beginn** o schon immer, o angefangen...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was wünschen Sie sich? 3 Wünsche frei**

---

---

---

---

**Was wünschen Sie nicht mehr?**

---

---

---

---

