



Name	Chiffre <small>bitte freilassen</small>	Alter	Datum der Bearbeitung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____

Das Ziel dieses Fragebogens besteht darin, ein möglichst vollständiges Bild von Ihnen und Ihrer Situation/Umwelt zu bekommen, mögliche Probleme/Sorgen besser einordnen zu können und somit die Grundlage für eine effektive und gute Behandlung zu schaffen. Nur eine vollständige und gewissenhafte Bearbeitung ermöglicht es Ihnen und mir mögliche Themen und Problemzusammenhänge zu erkennen. Nehmen Sie sich also die notwendige Zeit/Ruhe (ca. 2-5h) für die Bearbeitung und machen Sie sich bewusst, Verhaltenstherapie ist aktive Hilfe zur Selbsthilfe. Ihre Therapie beginnt genau jetzt.

1. Sozialanamnese/Demographie

Name: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ aktueller Beruf: _____

Kindergarten besucht: Ja Nein Einschulung: 6. Lj. oder 7. Lj.

Wohnen Sie: alleine gemeinsam mit: Kind(ern) Partner

zur Miete in Wohneigentum

Bestehen Schulden: Ja in Höhe von: _____ € in Schuldnerberatung Ja Nein

Ich zahle monatliche Raten von _____ €

Nein, ich bin nicht verschuldet , ich durchlief ein Insolvenzverfahren.

Ich habe folgende finanzielle Verpflichtungen: _____

Zum Leben stehen mir monatlich ca. _____ € zur Verfügung,

damit komme (sehr) gut aus

es reicht zum Leben aus

gerade so über die Runden

nicht aus

ich habe stetig finanzielle Sorgen

Sind/waren Sie jemals vorbekstraft? Ja, wegen _____ Nein, niemals

Waren Sie jemals inhaftiert? Ja, wegen _____, in _____



Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Ja, für Herrn/Frau _____ Nein

Werden Sie selbst betreut?*¹ Ja, durch Herrn/Frau _____ Nein

Name des Betreuers: _____

Anschrift: _____

Die Betreuung betrifft die Bereiche: _____

^{*1}(Den Ausweis/Nachweis füge ich in Kopie bei!)

Ich bin gegenwärtig im Krankenstand: Ja , bis: _____ durch: _____

Nein, ich bin berufstätig für _____ h pro Woche bei _____ als _____

Nein, ich engagiere mich ehrenamtlich für _____ h bei _____

Ich bin berentet: Ja oder Nein

bei Ja: aufgrund meines Alters , seit _____

aufgrund einer Erkrankung , nämlich _____

bei Nein: mir wurde eine Rente empfohlen, durch: _____

ich habe aber einen Rentenantrag gestellt und zwar am: _____

mein Rentenantrag wurde aber abgelehnt, weil: _____

ich plane einen Rentenantrag aufgrund von: _____ zu stellen.

(Bitte bedenken Sie, dass ein Rentenantrag mitunter eine Psychotherapie ausschließen kann, da das Ziel von Therapie stets vordergründig die Erlangung ihrer vollen Leistungsfähigkeit zum Ziel hat.)

2.

Angaben zur Symptomatik

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Problem unter dem sie momentan **am meisten** leiden, auf den Grund Ihres Kommens.

Aufgrund welcher **Beschwerden** möchten Sie eine Psychotherapie machen?



Seit wann bestehen Ihre Probleme? (erstmaliges Auftreten der Beschwerden)

Welche **äußeren Umstände** gab/gibt es, als ihre Probleme auftraten? (Bsp. Konflikte, Trennung, Verlustereignis)

Waren Sie zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal in **psychotherapeutischer Behandlung**?

- Nein, zu keinem Zeitpunkt. Das ist mein erster Versuch meine Probleme mit Unterstützung zu lösen.
- Ja, ambulant bei: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, ambulant bei: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, ambulant bei: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, in der Tagesklinik: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, in der Tagesklinik: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, in der Klinik: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor
- Ja, in der Tagesklinik: _____ von _____ bis _____. Befunde liegen mir vor / nicht vor

(Bitte bringen Sie ihre Befunde wenn möglich mit, da andernfalls eine zeitnahe Weiterbehandlung nicht möglich ist.)

Wie versuchten Sie sich bereits **selbst zu helfen**? (Bsp.: Sport, Ablenkung, Gespräche, Meditation, etc.)

- Ablenkung durch Sport Ablenkung durch Musik durch Gespräche
- Ich belese mich im Internet Ich tausche mich in Foren aus Ich nutze Tutorials
- Ich besuche eine Beratungsstelle Ich besuche eine Selbsthilfegruppe Ich nutze eine DiGA*
- Ich wende Techniken aus früheren Behandlungen an Ich meditiere
- Ich gehe spazieren Ich fahre Rad Ich nutze Podcasts
- Sonstiges: _____ * Digitale Gesundheitsanwendung als App

Diese **Dinge** machen mir normalerweise **Freude**, **entlasten** mich oder **helfen** mir **abzuschalten**? (auch wenn Sie es aktuell vielleicht nicht mehr so empfinden können)



Lassen Sie uns nun noch einmal etwas genauer auf vergangene und aktuelle Symptome schauen und markieren Sie im Folgenden bitte die **Probleme**, die in Ihrer **Kindheit/Jugend** für einen **längeren Zeitraum** als **drei Monate** auftraten, die auch noch heute bestehen können.

Nägelknabbern – Haareausreißen – Tics – Einnässen – Einkoten – Anfallsleiden – Krämpfe – Schlafwandeln – nächtliches Schreien – Entwicklungsverzögerung – vorzeitige Entwicklung – Wachstumsstörung – Übergewicht – Untergewicht – Essstörungen (Ess-Brechsucht oder Magersucht) – Selbstverletzungen – übermäßige Selbstbefriedigung – sexuelle Abweichungen – Stehlen – Lügen – Zündeln – Ausreißen – Schuleschwänzen – Konzentrationsstörungen – Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen – Lispeln – Stottern – Stammelnen – Poltern – anderweitige Sprachstörungen – Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden – Magen-Darm-Beschwerden – Übelkeit – Missbrauch von: Medikamenten/Alkohol/Drogen/Zigaretten – Allergien – Atembeschwerden – Asthma – übertriebener Ehrgeiz Leistungsschwankungen – Minderwertigkeitsgefühle – Kontaktprobleme – Unselbstständigkeit – Ängste – Zwänge – Ordnungsdrang – Schlampigkeit – Distanzlosigkeit – Kasperlverhalten – aggressives Verhalten – Trotz – Eifersucht – Selbstmordäußerungen – Traurigkeit – Sonstiges, wie:

Bitte markieren und ergänzen Sie folgend welche der unten genannten **Probleme**, die **aktuell** auf sie zutreffen.

Schmerzen – Schlafstörungen – Arbeitsstörungen – Angst vor Menschen – Unsicherheit – Minderwertigkeitsgefühle – Erröten – Zittern – Schwitzen – Kloßgefühl – Angst vor Umweltzerstörung – Angst vor dem Alleinsein – wechselnde körperliche Beschwerden – sexuelle Probleme – Stimmungsschwankungen – grundlos anhaltende Traurigkeit – Selbstmordgedanken – Sprachstörungen – Panikzustände – Partnerschaftsprobleme – Tagträume – Grübeln – Verfolgungsgedanken – Überempfindlichkeit – Katastrophenphantasien – Ohnmachtsanfälle – Angst vor Höhen – Angst in geschlossenen Räumen – Angst vor spezifischen Situationen/Dingen – Schuldgefühle – übertriebene Aufregung – Zukunftsängste – Hilflosigkeit – Selbstmordversuche – Prüfungsangst – häufige Arbeitsplatzwechsel – Schwindel – Herzbeschwerden – innere Unruhe – körperliche Unruhe – Kopfschmerzen – Benommenheit – Bewegungsmangel – Magen/Darm- Beschwerden – Zwänge – Spielsucht – Arbeitssucht – Kontaktprobleme – Konflikte – Ärger – Alkoholkonsum – Beruhigungsmittelkonsum – Schlaflosigkeit – Diäten – Drogenkonsum – Störungen des Essverhaltens – Lustlosigkeit – Überforderung – Unterforderung – Entscheidungsprobleme – finanzielle Probleme – Abhängigkeit – Einsamkeit – Konzentrationsschwierigkeiten – Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit – Gewichtsverlust – Appetitlosigkeit – Wutausbrüche – Allergien – Asthma – Libidoverlust – schwerwiegende Krankheiten – Sonstiges, wie:

Leiden Sie unter (chronischen) **körperlichen Erkrankungen**?

Nein oder

Ja nämlich

- Bluthochdruck, medikamentös behandelt mit: _____ unbehandelt
- Diabetes, medikamentös behandelt mit: _____ unbehandelt
- Schilddrüse, medikamentös behandelt mit: _____ unbehandelt
- Sonstige, medikamentös behandelt mit: _____ unbehandelt



3. Lebensgeschichtliche Entwicklung

Um ein umfassendes Bild über Ihre Situation zu gewinnen, betrachten wir in der Therapie auch Ihre lebensgeschichtliche Entwicklung. Bitte beschreiben/benennen Sie wichtige Ereignisse (angenehme oder unangenehme), ihrer Lebensgeschichte.

0. bis 3. Lebensjahr: von der Geburt und den ersten Lebensjahren.

- Geburt.
 - Ort: _____
 - Komplikationen: Ja / Nein bei Ja, welcher Art? _____
 - Wunschkind: Ja / Nein
 - Lebten schon andere Kinder/Geschwister in ihrer Familie? _____ (Wer; wie alt?)
- Leben
 - Krippe besucht? Ja / Nein
 - Wer hat Sie mehrheitlich betreut? _____
- Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen haben Sie an ihre frühesten Lebensjahre?
 -
 -

3. bis 6/7. Lebensjahr: Kindergartenzeit bis zur Einschulung

- Leben.
 - Kindertagesstätte besucht? Ja / Nein
 - Wer hat Sie mehrheitlich betreut? _____
 - Wer war(en) Ihr(e) Hauptbezugsperson(en) zu dieser Zeit? _____
 - Sind Familienmitglieder dazugekommen? Ja / Nein bei Ja, wer? _____
 - Haben Familienmitglieder die Familie verlassen? Ja / Nein bei Ja, wer? _____
 - Gab es gravierende Veränderungen während dieser Zeit in Ihrem Leben? Ja / Nein bei Ja, welche? _____
- Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?
 -
 -

6./7. bis 10./11. Lebensjahr: Grundschulzeit

- Grundschule.
 - Wann wurden Sie eingeschult? _____
 - Wo wurden Sie eingeschult? _____
 - Wie haben Sie den Übergang in die Schule erlebt? _____
 - Wie waren Ihre Noten? _____
 - Sind Sie gern zur Schule gegangen? _____
 - Gab es Probleme in der Schule? _____
 - Wer war(en) Ihr(e) Hauptbezugsperson(en) zu dieser Zeit? _____
 - Haben Sie Anschluss/Freunde gefunden? (u.a. wen) _____
- Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?
 -
 -
 -



10. bis 15. Lebensjahr

Pubertät & frühe Adoleszenz

• Schulform. Ich habe besucht: Hauptschule Realschule/POS erw. Realschule Gymnasium
anderweitige Schulform → welche? _____

- Wie haben Sie den Übergang in die Schule erlebt? _____
- Wie waren Ihre Noten? _____
- Sind Sie gern zur Schule gegangen? _____
- Gab es Probleme in der Schule? _____
- Wer war(en) Ihr(e) Hauptbezugsperson(en) zu dieser Zeit? _____
- Haben Sie Anschluss/Freunde gefunden? (u.a. wen) _____

• Freundschaft/Partnerschaft/Pubertät.

- Wann begann bei Ihnen die Pubertät? _____
- Wie haben Sie die Pubertät erlebt? _____
- Welche Veränderungen haben sich eingestellt? _____
- (Wann) Hatten Sie ihren ersten Partner? _____
- (Wann) Haben Sie erste sexuelle Erfahrungen gemacht? _____
- Wie haben Sie ihre ersten sexuellen Erfahrungen erlebt? _____
- (Frauen) Wann hatten Sie Ihre ersten Regelblutungen? _____
- (Frauen) Hatten Sie Probleme mit der Menstruation? (welche) _____

• Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

15. bis 20. Lebensjahr

Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung/Auszug Elternhaus

• Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?

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

(Denken Sie hierbei bitte auch an wichtige, für Sie bedeutsame Ereignisse)



21. bis 30. Lebensjahr

frühe Erwachsenenjahre

- Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?

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

(Denken Sie hierbei bitte auch an wichtige, für Sie bedeutsame Ereignisse)

Ab dem 30. Lebensjahr bis aktuell

Adoleszenz bis Senium

- Lebensgefühl: Welche konkreten Erinnerungen/Erlebnisse verbinden Sie mit dieser Zeit?

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

(Denken Sie hierbei bitte auch an wichtige, für Sie bedeutsame Ereignisse)



4.

Herkunftsfamilie

Familie: Wie erlebten Sie die **Atmosphäre** in ihrer Herkunftsfamilie? (Bitte zutreffendes markieren_und ergänzen).

harmonisch – angespannt – konfliktvermeidend – durch Streit geprägt – ruhig – hektisch – liebevoll – unpersönlich – feindselig – willkommen – geborgen – überbehütet – erdrückend – ermutigend – friedvoll – offen – restriktiv – traumhaft – unterstützend – fremd – vollständig – frei – fair – unfair– freundlich – herzlich – familiär – zugewandt – kühl – distanziert...

In ihren Worten:

Wer gehört(e) zu Ihrer Herkunftsfamilie?

Person	Name/Alter	Name/Alter	Name/Alter	Name/Alter
Mutter	<input type="checkbox"/> _____			
Vater	<input type="checkbox"/> _____			
Stiefmutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Stiefvater	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pflegemutter	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pflegevater	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Bruder	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Schwester	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Stiefschwester	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Stiefbruder	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Halbschwester	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Halbbruder	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pflegeschwester	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pflegebruder	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sonstige	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Geschwister

Der/die wievielte sind Sie in der Geschwisterfolge? _____

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern? _____

Wie hat sich das Verhältnis zu Ihren Geschwistern verändert? _____

Wodurch hat sich das Verhältnis zu Ihren Geschwistern verändert? _____

Bitte beschreiben Sie ihre Beziehung zu ihren Geschwistern.

Name	Alter	Kindheit	Aktuell



Angaben zu Ihrer Mutter (auch Stiefmutter)

Beschreiben Sie die **Persönlichkeit** Ihrer Mutter (Wie haben sie ihre Mutter erlebt?)

[Empty text box for describing the mother's personality]

Wie haben Sie ihre **gegenseitige Beziehung** während ihrer **Kindheit** erlebt?

(das können auch scheinbar kleine auf den ersten Blick unbedeutende Momente sein)

[Empty text box for describing the relationship during childhood]

Welche **Erlebnisse** mit ihrer Mutter **prägen** Sie noch **heute**?

[Empty text box for describing experiences that still influence the person today]

Bitte notieren Sie **drei typische Sätze** Ihrer Mutter und wie fanden Sie das?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Wie war der **Erziehungsstil** Ihrer Mutter. Bitte beschreiben Sie.

[Empty text box for describing the parenting style]

Wie/Wodurch versuchen Sie heute selbst, einen **Beitrag** zu einer **befriedigenden Beziehung** zu Ihrer **Mutter** zu leisten? (Bsp. einmal pro Woche anrufen, gemeinsame Rituale pflegen, etc.)

[Empty text box for describing current efforts to improve the relationship with the mother]

Alter bei Ihrer Geburt: _____ Jahre

Worin sind Sie sich ähnlich? _____

Was haben Sie von ihr gelernt? _____

Was verband Sie in der Kindheit? _____

Was verbindet Sie heute? _____

Welchen Beruf hat(te) sie ausgeübt? _____

Wie verbringt Sie ihre Freizeit üblich? _____

Welche Worte würden Sie ihr gerne sagen, haben es aber nie getan? _____

falls verstorben Todesjahr: _____ Todesursache: _____



Angaben zu Ihrem Vater (auch Stiefvater)

Beschreiben Sie die **Persönlichkeit** Ihres Vaters (Wie haben sie ihren Vater erlebt?)

Wie haben Sie ihre **gegenseitige Beziehung** während ihrer **Kindheit** erlebt?

(das können auch scheinbar kleine auf den ersten Blick unbedeutende Momente sein)

Welche **Erlebnisse** mit ihrem Vater **prägen** Sie noch **heute**?

Bitte notieren Sie **drei typische Sätze** Ihres Vaters und wie fanden Sie das?

1. _____

2. _____

3. _____

Wie war der **Erziehungsstil** Ihres Vaters. Bitte beschreiben Sie.

Wie/Wodurch versuchen Sie heute selbst, einen **Beitrag** zu einer **befriedigenden Beziehung** zu Ihrem **Vater** zu leisten? (Bsp. einmal pro Woche anrufen, gemeinsame Rituale pflegen, etc.)

Alter bei seiner Geburt: _____ Jahre

Worin sind Sie sich ähnlich? _____

Was haben Sie von ihm gelernt? _____

Was verband Sie in der Kindheit? _____

Was verbindet Sie heute? _____

Welchen Beruf hat(te) er ausgeübt? _____

Wie verbringt er seine Freizeit üblich? _____

Welche Worte würden Sie ihm gerne sagen, haben es aber nie getan? _____

falls verstorben Todesjahr: _____ Todesursache: _____



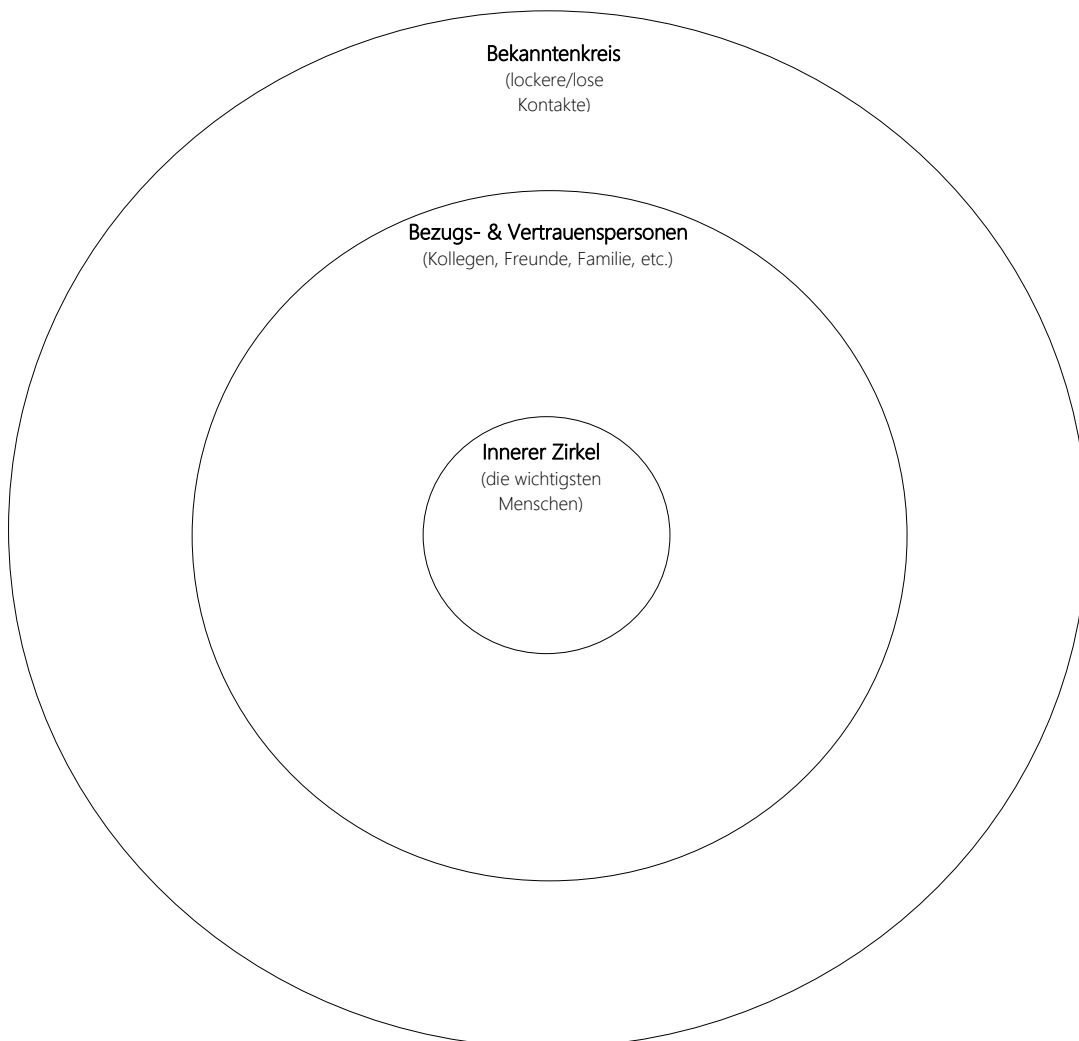
Bezugspersonen

Welche wichtigen Menschen gibt es in ihrem Leben und was verbinden Sie mit dem- oder derjenigen?

Im Detail	Person	Person	Person	Person
Name	_____	_____	_____	_____
Bekanntschaft seit	_____	_____	_____	_____
Kennengelernt über	_____	_____	_____	_____
So halten wir Kontakt	_____	_____	_____	_____
So oft sehen wir uns	_____	_____	_____	_____
Das verbindet uns	_____	_____	_____	_____
Das trennt uns	_____	_____	_____	_____
Das mag ich an	_____	_____	_____	_____
Das mag ich nicht an	_____	_____	_____	_____
Qualität der Beziehung (Schulnoten 1 – 6)	_____	_____	_____	_____

Soziales Netz

Benennen Sie die Personen ihres sozialen Umfeldes und schätzen Sie die Qualität der Beziehung ein. Verwenden Sie hierbei bitte folgende Zeichen ++ sehr gut + gut o neutral - belastet -- stark belastet





Familiäre Vorbelastungen

Welche Erkrankungen sind in ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

Person	_____	
(welche) Erkrankung	Krankheitsumgang	Welchen Einfluss hat(te) das auf Sie?
<input type="checkbox"/> psychisch erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> körperlich erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suchtproblem	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suizid(versuche)	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Behinderung	_____	_____
_____	_____	_____

Person	_____	
(welche) Erkrankung	Krankheitsumgang	Welchen Einfluss hat(te) das auf Sie?
<input type="checkbox"/> psychisch erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> körperlich erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suchtproblem	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suizid(versuche)	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Behinderung	_____	_____
_____	_____	_____

Person	_____	
(welche) Erkrankung	Krankheitsumgang	Welchen Einfluss hat(te) das auf Sie?
<input type="checkbox"/> psychisch erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> körperlich erkrankt	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suchtproblem	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suizid(versuche)	_____	_____
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Behinderung	_____	_____
_____	_____	_____

Weitere erkrankte Personen. _____



5.

Schulischer- und beruflicher Werdegang

Schule/Berufsausbildung/Studium	von – bis	Notendurchschnitt/Abschluss
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____
_____	_____	____/_____

Weitere Zusatzqualifikationen: _____

Was war Ihr ursprünglicher Berufswunsch und weshalb? _____

Welche Berufsvorstellung(en) hatten Ihre Eltern für sie? _____

Wie haben Ihnen Ihre Eltern dies verdeutlicht? _____

Arbeitsstellen/Ehrenamt

Arbeitgeber	Zufriedenheit – und weshalb	Gründe für den Wechsel
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN _____	_____

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation (jetzige Tätigkeit)? _____ Sind Sie damit zufrieden? JA NEIN

Welche Veränderungswünsche bestehen? _____

Sind Sie finanziell abgesichert ? _____

Wodurch bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? (benennen Sie bitte alle Quellen, Mehrfachnennung möglich)

- Lohn/Gehalt Ersparnisse Bürgergeld Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsminderungsrente Altersrente Krankengeld
- Unterhalt Sozialhilfe Sozialleistungen Pflegegeld
- Sonstiges _____



6.

Partnerschaft & Kinder

Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft? JA NEIN Seit wann? _____

Seit wann kennen Sie ihren Partner? _____

Ich führe eine Partnerschaft mit einem Mann einer Frau _____

Alter des Partners: _____

Schulabschluss: _____

erlernter Beruf: _____

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

das schätze ich an ihm/ihr _____

das stört mich an ihm/ihr _____

das wünsche ich mir von ihm/ihr _____

Sind Sie verheiratet? JA NEIN Seit wann? _____

Wie oft waren Sie verheiratet? _____

Sind Sie geschieden? JA NEIN Seit wann? _____

Aus welchen Gründen? _____

Kinder

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich _____

Alter _____

Verhältnis leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

ausgeübte Tätigkeit _____

Haben Sie Kontakt? JA NEIN unregelmäßig/selten _____

Qualität der Beziehung _____

Was schätzen Sie an ihrem Kind? _____

Was stört Sie an ihrem Kind? _____

Bestehende Probleme/Erkrankungen. _____

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich _____

Alter _____

Verhältnis leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

ausgeübte Tätigkeit _____

Haben Sie Kontakt? JA NEIN unregelmäßig/selten _____

Qualität der Beziehung _____

Was schätzen Sie an ihrem Kind? _____

Was stört Sie an ihrem Kind? _____

Bestehende Probleme/Erkrankungen. _____



Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich _____

Alter _____

Verhältnis leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

ausgeübte Tätigkeit _____

Haben Sie Kontakt? JA NEIN unregelmäßig/selten _____

Qualität der Beziehung _____

Was schätzen Sie an ihrem Kind? _____

Was stört Sie an ihrem Kind? _____

Bestehende Probleme/Erkrankungen. _____

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich _____

Alter _____

Verhältnis leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

ausgeübte Tätigkeit _____

Haben Sie Kontakt? JA NEIN unregelmäßig/selten _____

Qualität der Beziehung _____

Was schätzen Sie an ihrem Kind? _____

Was stört Sie an ihrem Kind? _____

Bestehende Probleme/Erkrankungen. _____

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich _____

Alter _____

Verhältnis leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

ausgeübte Tätigkeit _____

Haben Sie Kontakt? JA NEIN unregelmäßig/selten _____

Qualität der Beziehung _____

Was schätzen Sie an ihrem Kind? _____

Was stört Sie an ihrem Kind? _____

Bestehende Probleme/Erkrankungen. _____

Besteht ein Gesprächs-, Beratungs- oder Therapiebedarf bei einem/mehreren ihrer Kinder?

JA → bei _____ NEIN



7.

Aktuelle Wohn- & Lebenssituation

Ich wohne:

alleine gemeinsam mit _____

in einer Wohnung zur Miete Eigentum bei Verwandten Sonstiges _____

in einem Haus zur Miete Eigentum bei Verwandten Sonstiges _____

Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden unzufrieden

Das ist positiv an meiner Wohnsituation _____

Das ist negativ an meiner Wohnsituation _____

Meine Freizeit.

In meiner **Freizeit** beschäftige ich mich mit/meine **Hobbys** sind...

Individualtätigkeiten

Lesen Zeichnen Musik(hören) Arbeiten Kreativität Spazieren Gaming

Musik(machen) Singen Handy Internet Dating Geocaching Wandern

Radfahren Skaten Joggen Yoga Meditation Gartenarbeit Spielen

Sonstiges, nämlich: _____

Das mache ich regelmäßig und wie oft? _____

Ich bin Mitglied in einem Sportverein _____

einem Verein _____

einer Partei _____

Sonstiges _____

Ich engagiere mich in einem Sportverein _____

einem Verein _____

einer Partei _____

Sonstiges _____

Ich besuche eine Selbsthilfegruppe JA NEIN

Was möchten Sie **konkret** an Ihrer Lebenssituation **ändern**?

Wie unternehmen Sie/ Was haben Sie in der Vergangenheit unternommen um das zu erreichen?



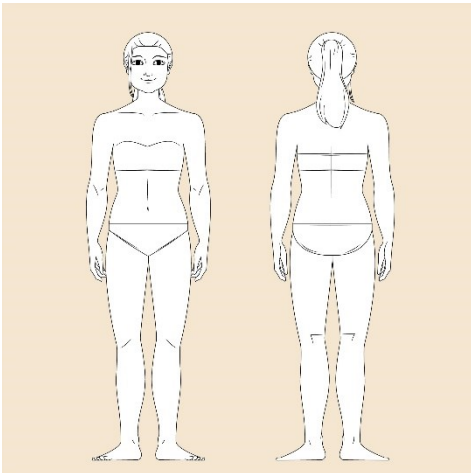
8.

Aktueller Befund und Therapie

Biometrie.

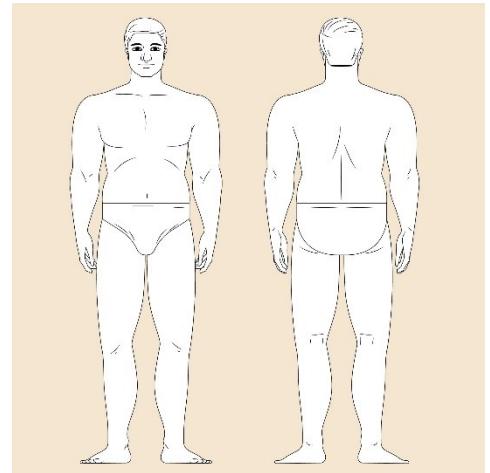
Ich bin _____ cm groß und wiege aktuell _____ kg. Mit 18 wog ich _____ kg.

Ich bin mit meinem aktuellen Gewicht zufrieden unzufrieden lehne mich ab



An diesen Stellen bin ich mit meinem Körper **zufrieden**.
Bitte **grün** schraffieren.

An diesen Stellen bin ich mit meinem Körper **unzufrieden**.
Bitte **rot** schraffieren



Ich ernähre mich wie folgt:

regelmäßig & esse Frühstück Mittagessen Abendessen Zwischenmahlzeit(en)

unregelmäßig & esse Frühstück Mittagessen Abendessen Zwischenmahlzeit(en)

Ich zähle Kalorien JA → mit dem Ziel _____ NEIN

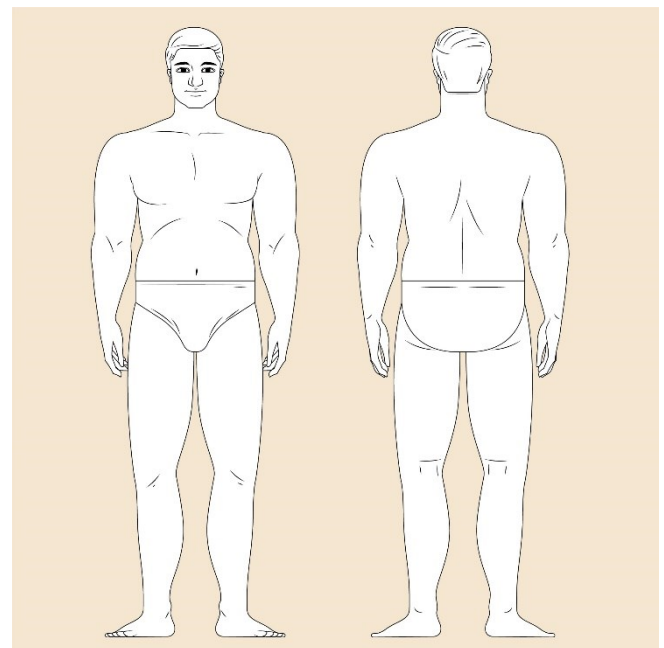
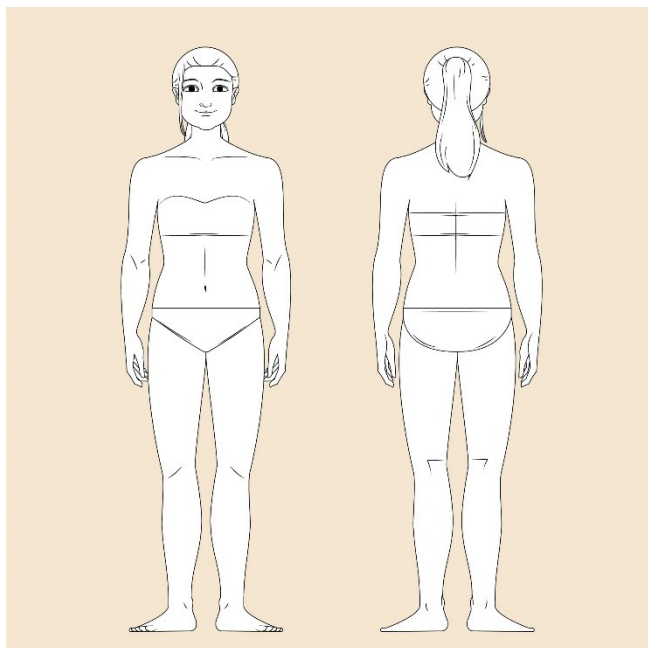
Ich schlafe im Schnitt 1-2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h > 9h pro Nacht

Das reicht mir aus nicht aus Mein Schlaf ist erholsam nicht erholsam

Ich nehme Schlafmittel ein JA → Welche(s) _____ NEIN

Ich leide regelmäßig unter Schmerzen JA → Welche(s) _____ NEIN

An diesen Körperpartien habe ich regelmäßig Schmerzen. Bitte schraffieren.



Ich nehme Schmerzmittel sporadisch ein → welche(s) _____

regelmäßig ein → welche(s) _____



Medikamente/Genussmittel/Drogen

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie **jemals** eingenommen haben.

Medikamente.	Menge in mg/g	Einnahme			
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf
_____	_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zur Nacht <input type="checkbox"/> bei Bedarf

Substanzen/

Genussmittel.	Konsum aktuell	Menge pro Tag	jemals konsumiert	Regelmäßig	Einnahmegrund & Wirkung
Kaffee	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Zigaretten	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Alkohol	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Pilze	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Kräuter	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Opiate	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Kokain	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Speed	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Ecstasy	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Crystal Meth	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Energydrink	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____
_____	<input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEIN	_____	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	_____

Therapie.

Was wünschen Sie sich für Ihre Therapie? _____

Was erwarten Sie von Ihrer Psychotherapie _____

Was glauben Sie in einer Therapie leisten zu müssen? _____

In welcher Frequenz/wie oft wünschen Sie therapeutische Sitzungen _____

Wie lange sollte Ihre Therapie idealerweise dauern? _____

Was fürchten Sie am meisten in Ihrer Therapie? _____

Wie stellen Sie sich den idealen Therapeuten vor? _____

Wie stellen Sie sich den idealen Patienten vor? _____

Wie viele Stunden möchten Sie/ planen Sie täglich für therapeutische Übungen ein? _____

Sind Sie bereit Therapiesitzungen auch während ihrer Arbeitszeit in Anspruch zu nehmen? JA / NEIN

Sind Sie bereit zwischen Ihren Therapiesitzungen Hausaufgabe/Übungen/Verhaltensexperimente durchzuführen? JA / NEIN

Worin sehen Sie das größte Hindernis für Ihre Therapie? _____

Worin sehen Sie den größten Vorteil Ihrer Therapie? _____



Verhaltens- & Bedingungsanalyse

Unter welchen (Lebens-)Bedingen sind Ihre Probleme erstmals entstanden und was glauben Sie womit das zusammenhängt?

Unter welchen (Lebens-)Bedingen treten Ihre Probleme aktuell auf und was glauben Sie womit das zusammenhängt?

Unter welchen (Lebens-)Bedingen treten Ihre Probleme besonders oder gehäuft auf und was glauben Sie womit das zusammenhängt?

Unter welchen (Lebens-)Bedingen treten Ihre Probleme kaum oder gar nicht auf und was glauben Sie womit das zusammenhängt?

Wie bezeichnen Sie ihr aktuelles Problem, wegen dem Sie therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen?

Wie bezeichnen andere ihr aktuelles Problem, wegen dem Sie therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen?

Wann ist Ihr aktuelles Problem im Alltag auch mal hilfreich?

Was müsste passieren/ müssten Sie aktiv tun, damit sich Ihr aktuelles **Problem bessert**?

Was müsste passieren/ müssten Sie aktiv tun, damit sich Ihr aktuelles **Problem verschlechtert**?

Auf welche Überlastung/ Überforderung macht Sie ihr Problem aufmerksam?

Warum glauben Sie, haben Sie diese Probleme?



Mikro- & Situationsanalyse

Welche typischen Gedanken gehen Ihnen im Zusammenhang mit Ihrem Hauptproblem durch den Kopf?

(Bsp. „Ich schaffe das alles nicht.“)

-
-
-

Welche typischen Gefühle sind damit überwiegend verbunden?

(Bsp. Angst; Wut, etc.)

-
-
-

Welche typischen körperlichen Reaktionen sind mit Ihrem Problem überwiegend verbunden?

(Bsp. Kopfdruck; Herzrasen, etc.)

-
-
-

Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt?

(Bsp. Renne weg; schaue aufs Handy, etc.)

-
-
-

Was wünschen/erwarten Sie von sich, wenn Ihr Problem auftritt?

(Bsp. Funktionieren; Kontrolle, etc.)

-
-
-

Was wünschen/erwarten Sie von anderen, wenn Ihr Problem auftritt??

(Bsp. Zuwendung; Alleingelassen werden, etc.)

-
-
-

Wer unterstützt Sie, wenn Ihr Problem auftritt??

-
-
-

Woran konkret hindert Sie ihr Problem auftritt??

-
-
-



Welchen (tieferen) Sinn könnte Ihr Problem haben?

Wer hat einen Vorteil, weil Sie ihr Problem haben?

Wer hat einen Vorteil, wenn Sie ihr Problem gelöst haben?

Womit möchten Sie sich anstelle Ihres Problems beschäftigen?

Welche Person außer Ihnen würde am meisten von Ihrem Therapieerfolg profitieren?

Welche Person steht Ihrer Therapie besonders positiv gegenüber?

Welche Person steht Ihrer Therapie besonders negativ gegenüber?

Soviel Prozent Verantwortung tragen Ich _____% und tragen Andere _____% an meinem Problem.

Welche Situationen/Anforderungen fallen Ihnen besonders schwer?

-
-
-

Welche Situationen versuchen Sie - oder meiden Sie tatsächlich?

-
-
-

Außergewöhnliche (Gewalt-)Erfahrungen

Was hiervon haben Sie jemals in Ihrem Leben erlebt? (Mehrfachnennung möglich)

Körperlicher Gewalt

- Zeuge Wann _____ Was ist passiert? _____
- Betroffener Wann _____ Was ist passiert? _____

Seelische Gewalt

- Zeuge Wann _____ Was ist passiert? _____
- Betroffener Wann _____ Was ist passiert? _____

Naturkatastrophen

- Zeuge Wann _____ Was ist passiert? _____
- Betroffener Wann _____ Was ist passiert? _____

Kampfhandlungen

- Zeuge Wann _____ Was ist passiert? _____
- Betroffener Wann _____ Was ist passiert? _____

Entführungen/Geiselnahmen/Sonstiges

- Zeuge Wann _____ Was ist passiert? _____
- Betroffener Wann _____ Was ist passiert? _____

Waren Sie jemals aufgrund eines der zuvor genannten Erlebnisse professionelle Hilfe aufgesucht? JA / NEIN



9.

Selbstkonzept – Bedürfnisse - Werte

Lassen Sie uns **zum Abschluss** noch einmal genauer auf Ihr Problem, genauer einzelne Aspekte Ihres Problems schauen. Schauen Sie sich bitte folgendes Beispiel an und überlegen Sie anschließend, in welchen Lebensbereichen Sie möglicherweise nicht so leben (können), wie Sie sich das wünschen.

<p>Gedanken, mit denen Sie sich verstricken</p> <p><i>Welche Erinnerungen, Sorgen, Ängste, Selbstkritik oder sonstigen nicht hilfreichen Gedanken im Zusammenhang mit ihrer aktuellen Situation halten Sie gefangen? Welche Gedanken tendieren dazu, Sie in den Griff zu bekommen oder Sie von Ihrem Weg abzubringen?</i></p>	<p>Handlungen, die Lebenskraft rauben.</p> <p><i>Welche Ihrer jetzigen Handlungen mindern langfristig Ihre Lebensqualität, da Sie stecken bleiben, Zeit oder Geld verschwenden, Energie verlieren, Ihr Leben einschränken, Ihre Gesundheit gefährden, Ihre Arbeit oder Ihre Beziehungen belasten oder das Problem aufrechterhalten oder verschlimmern?</i></p>
<p>Gefühle, mit denen Sie sich verstricken</p> <p><i>Welche Emotionen, Gefühle, Neigungen, Impulse oder Empfindungen in Verbindung mit Ihrem Leben, vermeiden, unterdrücken oder versuchen Sie loszuwerden?</i></p>	<p>Vermeiden schwieriger Situationen.</p> <p><i>Welche Situationen, Aktivitäten, Menschen oder Orte meiden Sie? Wen oder was haben Sie verlassen? Wovon haben Sie sich zurückgezogen? Was verschieben Sie auf später?</i></p>

Aspekte meines Problems

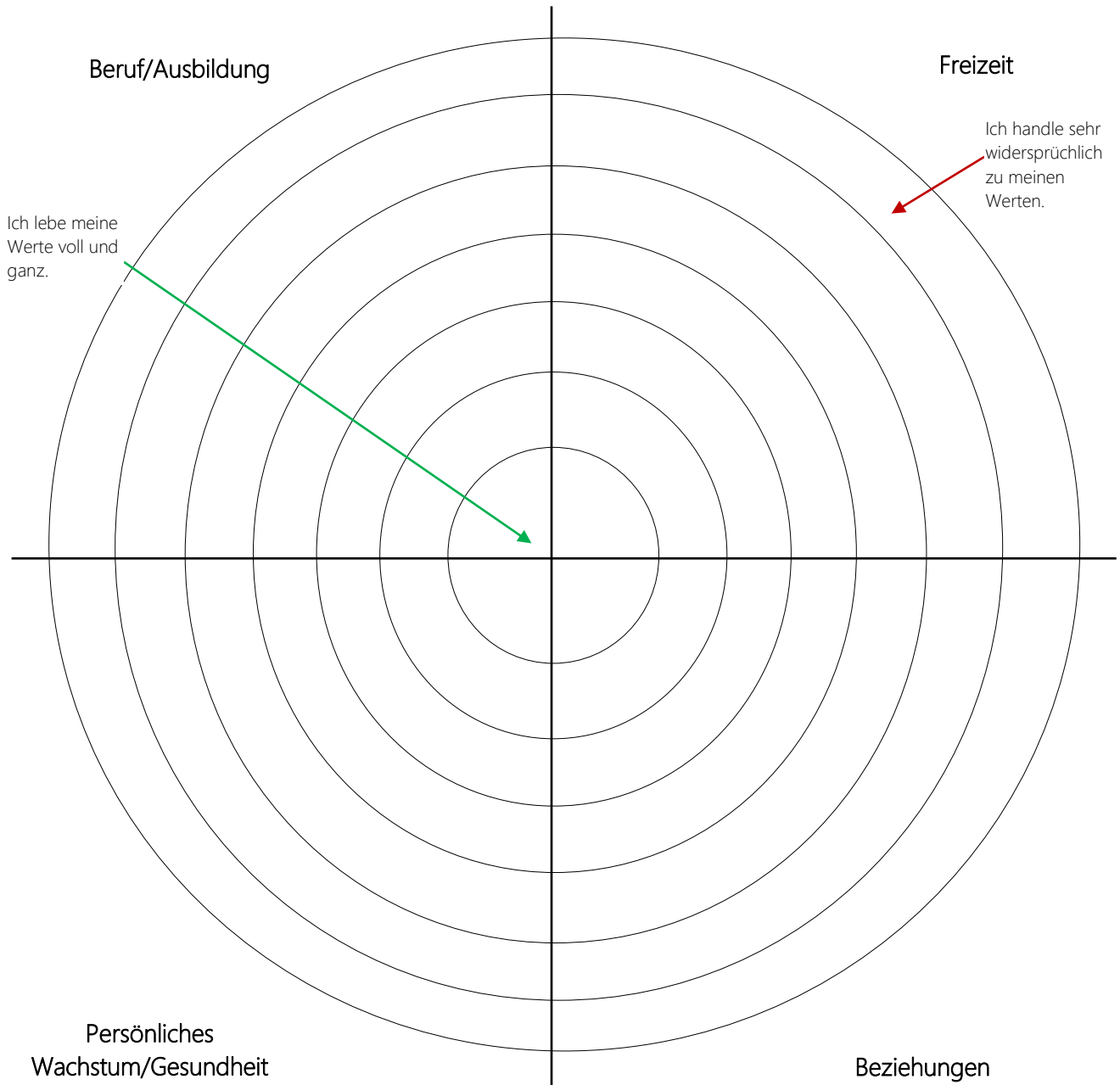
Jetzt sind Sie gefragt!

<p><u>Gedanken in denen ich mich verstricke.</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p><u>Handlungen, die meine Lebenskraft rauben.</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p><u>Gefühle, die mich fesseln.</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p><u>Situationen, die ich vermeide.</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>



Meine Werte

Lassen Sie uns nun einen Blick auf Ihre Werte schauen. Schätzen Sie bitte ein, inwiefern Sie mit den folgenden Lebensbereichen zufrieden sind. (Kreuzen Sie an, schraffieren Sie, ganz wie Sie mögen).



Die Welt und Ich

Bitte vervollständigen Sie.

- Ich bin ein Mensch, der... _____
- Die Welt ist ein Ort, der... _____
- Mein Umfeld ist... _____
- Meine Vergangenheit ist... _____
- Meine Zukunft sehe ich... _____



Ich bereue, dass... _____

Ich wünschte ich könnte... _____

Ich sollte besser... _____

Meine schönste Zeit... _____

Meine schlimmste Zeit... _____

Meine größte Stärke ist... _____

Meine größte Schwäche ist... _____

Mein größter Sieg war... _____

Meine größte Niederlage war... _____

10. Ziele für meine Therapie

Wie **dringend** ist es für Sie selbst, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

Bitte schätzen Sie ein: 0 - 20 - 40 - 60 - 80 - 100 (ankreuzen)

unnötig mittel dringend nötig

Wodurch sind Sie zu Ihrer Einschätzung gekommen? _____

Nennen Sie nun bitte ihre **drei bis fünf wichtigsten Veränderungsziele** und was wäre ihrer Ansicht nach zu tun, diese auch zu erreichen?

Ziel 1: _____

Ziel 2: _____

Ziel 3: _____

Ziel 4: _____

Ziel 5: _____

Abschließend. Gibt es etwas, was Ihnen inhaltlich am Anamnesebogen fehlt?

NEIN oder JA, nämlich _____

Der Erfolg einer Behandlung hängt maßgeblich von Ihrer Bereitschaft ab, sich mit der Art und Weise auseinander zu setzen, wie Sie auf Dinge reagieren, wie Sie Denken, Fühlen und Handeln und sich zwischen Therapiesitzungen mit Therapieaufgaben und Übungen zu beschäftigen. Die offene und ehrliche Bearbeitung dieses Fragebogens stellt bereits einen ersten wichtigen, therapeutischen Schritt in Richtung einer Veränderung (Selbstreflexion) in Ihren Leben dar. Hierfür danke ich Ihnen und beglückwünsche Sie.



11.

Zu Guter Letzt: Kontakt & Datenschutz

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Wie möchten Sie **kontaktiert** werden? (Mehrfachnennungen möglich)

- per Post
- per E-Mail
- per Telefon
- per Mobiltelefon
- per WhatsApp



Datenschutz. Dieser Anamnesebogen samt etwaigen Anlagen ist und wird streng vertraulich behandelt und ist nur für Sie bestimmt. Ich weise explizit daraufhin, dass jede Verbreitung, Vervielfältigung oder Weitergabe an Dritte streng untersagt ist. Mit der Beantwortung und Unterschrift unter dem Bogen stimmen Sie der Nutzung des Anamnesebogens und der darin enthaltenen Inhalte für therapeutische Zwecke zu. Die Nutzung umfasst die elektronische Speicherung im Patientenverwaltungssystem. Die Bearbeitung des Fragebogens ist ein obligater, d.h. für eine Therapie zwingend notwendiger, vom Gesetzgeber vorgeschriebener Teil der Behandlung. Ohne eine sorgfältige Bearbeitung kann keine Behandlung erfolgen.

Ich habe alles gelesen, vollständig und gewissenhaft bearbeitet und bin mit der therapeutischen Nutzung einverstanden.

Ort/ Datum: _____ Name- & Unterschrift: _____