



Praxis für  
ganzheitliche Psychotherapie und Energiearbeit  
Susanne Gorfer-Gäch  
Heilpraktikerin für Psychotherapie

## Anmeldebogen / Biografie-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wie sind Sie versichert? : \_\_\_\_\_

### Ihre Biografie Bitte schreiben Sie Ihre Antwort stichwortartig!

Sie sind zur Zeit \_\_\_\_\_ Jahre alt. Ihr Familienstand? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? \_\_\_\_\_ Wenn ja, Alter und Geschlecht? \_\_\_\_\_

Welches wichtige Ereignis gab es in letzter Zeit bei Ihnen oder in Ihrer Umgebung (z.B. Trennung, Heirat, Tod, Geburt, Unfall, Glücksfall, Krankheit, Genesung, Berufsanfang/-ende, Aufstieg/Abstieg, Einstellung/Entlassung, Umzug)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie ist Ihre jetzige Lebenssituation? (Wohnung: Wie? Mit wem? Partnerschaft/Ehe?)

\_\_\_\_\_

Ihre Ausbildung / Beruf / derzeitige Tätigkeit?

\_\_\_\_\_

Ihre finanzielle Situation?

\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Tagesablauf?

a) Werktag \_\_\_\_\_

b) Sonntag bzw. Freizeit \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Herkunftsfamilie: Zu Ihrer Mutter:

Wie viel Jahre ist sie älter als Sie? \_\_\_\_\_ Das wievielte Kind von wie vielen ist sie? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf hat(te) sie? \_\_\_\_\_

War Ihre Kindheit (schön, schwierig etc.)? \_\_\_\_\_

Wie verlief das Leben der Mutter weiter (z.B. Krankheiten, wichtige Ereignisse)?

\_\_\_\_\_

Lebt sie noch? \_\_\_\_\_ Was ist heute aus ihr geworden? \_\_\_\_\_

## Zu Ihrer Vater:

Wie viel Jahre ist er älter als Sie? \_\_\_\_\_ Das wievielte Kind von wie vielen ist er? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf hat(te) er? \_\_\_\_\_

War Seine Kindheit ( schön, schwierig etc. ) ? \_\_\_\_\_

Wie verlief das Leben des Vaters weiter (z.B. Krankheiten, wichtige Ereignisse)?

\_\_\_\_\_

Lebt er noch ? \_\_\_\_\_ Was ist heute aus ihm geworden? \_\_\_\_\_

Wie erging es Ihrer Familie nach Ihrer Geburt?

\_\_\_\_\_

Wenn Sie **Geschwister** haben, wie viel älter bzw. jünger sind sie und was ist heute aus ihnen geworden?

\_\_\_\_\_

Wie erging es Ihnen mit Ihren Geschwistern?

\_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie heute aus der Rückschau das Verhalten bzw. die Erziehung Ihrer Eltern?

Eher (über)behütend? Eher streng? Liebevoll? Übergriffig? .... Nennen Sie bitte 3-5 Begriffe pro Elternteil:

Mutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sontiges: \_\_\_\_\_

## Ihre psychische Entwicklung:

War Ihre gesundheitliche (körperliche und seelische) Entwicklung eher unauffällig oder gab es Besonderheiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Atmosphäre herrschte, als Sie klein waren (z.B. Tischsitten, „Teller leer...etc) ? Welche Bilder oder typischen Aussagen fallen Ihnen ein, wenn Sie an Ihre Kindheit denken?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wen von den Eltern empfanden Sie als stärker?

\_\_\_\_\_

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter?

\_\_\_\_\_

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater?

\_\_\_\_\_

Waren Sie ein Wunschkind? Wenn Sie es nicht wissen, was ist Ihre Vermutung?

\_\_\_\_\_

Wie reagierten Ihre Eltern darauf, wenn Sie unordentlich waren oder etwas verschütteten, beschmutzten oder zerbrachen? War es Ihnen erlaubt, laut oder aggressiv zu sein? Durften Sie lachen und weinen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welches Gefühl erlebten Sie als Kind am häufigsten: Freude? Trauer? Schmerz? Wut? Scham? Ohnmacht? Angst? Einsamkeit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie erging es Ihnen, als Sie aufwuchsen, mit Ihrer Mutter, mit Ihrem Vater (bzw. Ersatzpersonen), mit Ihrer Kindergärtnerin, Ihren Spiel- und Schulkameraden, mit Ihren Lehrern? Bitte schildern Sie stichwortartig Ihr inneres Erleben in den einzelnen Abschnitten (Vorkindergartenalter, Kindergartenalter, Grundschulalter, Pubertät, nach er Pubertät). Gab es in einer dieser Phasen gleichzeitig äußere Ereignisse( Umzug, Todesfall...)

---

---

---

---

---

Wurden Sie von den Eltern bestraft? \_\_\_\_\_

die Hauptgründe dafür: \_\_\_\_\_

Wie versuchten Sie die Strafen zu umgehen? \_\_\_\_\_

---

Bitte schildern Sie Ihre persönlichen Schwächen...

---

---

---

... und Ihre Stärken.

---

---

---

Was ist bzw. wäre Ihnen am peinlichsten? Wie vermeiden Sie eine solche Situation?

---

---

---

### **Partnerschaften:**

Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten Ihre bisher wichtigsten Partnerschaften:

---

---

---

---

Falls es Trennungen gab, von wem gingen sie aus? Wie?

---

---

---

### **Sonstiges:**

Gibt es darüber hinaus noch etwas, das Sie für wichtig halten und uns gerne mitteilen möchten?

---

---

---

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung

#### Rechtlicher Hinweis

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn ob und welche Kosten Ihre Krankenkasse übernimmt, da der Behandlungsvertrag grundsätzlich nur zwischen Ihnen, dem Patienten und der Praxis für ganzheitliche Psychotherapie, Inh. Susanne Gorfer-Gäch, Heilpraktikerin für Psychotherapie, zustande kommt. Auch in Fällen, in denen Ihre Krankenkasse zu keiner oder nur zur anteiligen Kostenübernahme verpflichtet ist, liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen / dem Patienten. Aus rechtlichen Gründen ist es mir leider nicht gestattet, Sie in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten zu beraten. Aber Ihre Krankenkasse oder Zusatzversicherung kann und wird Ihnen darüber gerne Auskunft erteilen. Bitte beachten Sie auch die rechtlichen Hinweise auf meiner Homepage.

**Es ist mir bewusst dass:** Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherung, der Rechnungsbetrag in vollem Umfang zu zahlen ist.

#### **Datenerhebung:**

Die von Ihnen gemachten Angaben werden innerhalb meiner Praxis und während der Behandlungsdauer schriftlich und elektronisch erfasst und gespeichert.

Dies dient ausschließlich dem Schutz des Patienten, dem ich so eine umfassende und erfolgreiche Bearbeitung seiner Anliegen zusichern kann.

Sollten Sie eine weitergehende Speicherung Ihrer Daten nicht wünschen, teilen Sie mir dies bitte mit, damit ich die bei mir vorhandenen Datensätze dann entsprechend der gesetzlichen Vorschriften löschen können.

**Sie erklären sich mit der Unterschrift unter diesem Praxisbogen ausdrücklich mit allen vorangegangenen Punkten sowie mit der Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten einverstanden.**

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des  
Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters**