

INSTITUTIONS-CODE:						
Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:						
Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:						
Fall - Kennnummer:						

Grundmodul 6 Problembeschreibung

Diesen Fragebogen bearbeitet:

- Frau / Partnerin / Mutter Geburtsjahr: _____
- Mann / Partner / Vater Geburtsjahr: _____
- _____ (Tochter, Sohn etc.) Geburtsjahr: _____ Geschlecht: _____
- Falls mit jemandem zusammen (z.B. Familienhelfer(in), Berater(in)), mit wem: _____ Geburtsjahr: _____ Geschlecht: _____

Diesen Fragebogen erhalten Sie **jetzt zu Beginn**

und dann noch einmal zum Abschluß der Beratung / Therapie.

Somit können Sie Veränderungen selbst einschätzen.

Zu Beginn der Beratung / Therapie:
 Bearbeiten Sie bitte nur **die linke Seite** der Bögen!

Zum Abschluß der Beratung / Therapie:
 Bearbeiten Sie bitte nur **die rechte Seite** der Bögen!

Datum
 der Fragebogenbearbeitung zu Beginn der Beratung/Therapie: _____

Datum
 der Fragebogenbearbeitung zum Abschluß der Beratung/Therap.: _____

Bitte geben Sie hier zunächst an, wie es Ihnen geht.
 Wenn Sie alles bedenken, wie würden Sie Ihren Zustand jetzt beschreiben?

Mein Zustand ist: Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0:schlecht 1:wenig zufriedenstellend 2:gut 3:sehr gut

Bitte geben Sie zunächst wieder an, wie es Ihnen geht.
 Wenn Sie alles bedenken, wie würden Sie Ihren Zustand jetzt beschreiben?

Mein Zustand ist: 0 1 2 3 Kreuzen Sie bitte an:
 0:schlecht 1:wenig zufriedenstellend 2:gut 3:sehr gut

Zu Beginn der Beratung / Therapie

1 Problembeschreibung

Folgende(s) Problem(e) soll(en) in der Beratung/ Therapie besprochen werden.

Bitte das wichtigste hier bei 1, das zweitwichtigste bei 2 usw. eintragen und benennen, bei **wem** das Problem besteht (z.B. bei mir, Partner(in), Kind 1, 2., Paar, Familie).

Das Feld Problem-Nr. bitte nicht bearbeiten.
 (wird nachträglich von den Berat./Therap. ausgefüllt)

Ich habe das Problem erstmals vor
 (Monaten/ Jahren)
bemerk:

Ich fühle mich jetzt durch das Problem beeinträchtigt.
 Kreuzen Sie bitte an:
 0: gar nicht 1: wenig
 2: mittel 3: sehr

1. Kurzformulierung: _____

 Bei wem: _____

(Monate/Jahre) 0 1 2 3

Problem-Nr.: _____

2. Kurzformulierung: _____

 Bei wem: _____

(Monate/Jahre) 0 1 2 3

Problem-Nr.: _____

3. Kurzformulierung: _____

 Bei wem: _____

(Monate/Jahre) 0 1 2 3

Problem-Nr.: _____

4. Kurzformulierung: _____

 Bei wem: _____

(Monate/Jahre) 0 1 2 3

Problem-Nr.: _____

5. Kurzformulierung: _____

(Monate/Jahre) 0 1 2 3

Problembeschreibung zu Beginn **und** zum Abschluß der Beratung / Therapie

_____ (Monate/Jahre) 0 1 2 3

Bei wem: _____

Problem-Nr.: _____

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

1 Problembeschreibung

Beschreiben Sie die Änderungen der anfangs genannten Probleme.

Bitte beziehen Sie sich auf die zu Beginn (siehe links) angegebenen Probleme.

Das Problem ist inzwischen:
 Kreuzen Sie bitte an:
 -2: viel schlechter
 -1: schlechter
 0: unverändert
 1: verbessert
 2: wesentl. verbessert
 3: gelöst

Ich fühle mich jetzt durch das Problem beeinträchtigt:
 Kreuzen Sie bitte an:
 0: gar nicht
 1: wenig
 2: mittel
 3: sehr

1. -2 -1 0 1 2 3 0 1 2 3

2. -2 -1 0 1 2 3 0 1 2 3

3. -2 -1 0 1 2 3 0 1 2 3

4. -2 -1 0 1 2 3 0 1 2 3

5.

<input type="checkbox"/>									
-2	-1	0	1	2	3	0	1	2	3

Zu Beginn der Beratung / Therapie

2 Wie erklären Sie sich das jeweilige Problem? Bitte ankreuzen, was zutrifft.
Das Problem liegt eher:

	an meiner Person	an m.Familie/ Partnerschaft	ist körperlich bedingt	an Geldmangel	an sonstigen Ereignissen
∇1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
∇2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
∇3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
∇4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
∇5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Haben Sie wegen des Problems bzw. der Probleme schon einmal Beratung/Therapie in Anspruch genommen?
Ja, früher: Ja, jetzt noch: Bitte hier ausführen, wo und bei wem!

∇1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
∇2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
∇3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
∇4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
∇5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4 Interesse an der Beratung / Therapie
Kreuzen Sie bitte an: 0: gar nicht 1: wenig 2: interessiert 3: sehr interessiert

An der Beratung / Therapie interessiert:

bin ich persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3
ist mein(e) Partner(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

ist mein Kind (Alter und Geschlecht angeben; Älteste(r) zuerst)

Problembeschreibung zu Beginn **und** zum Abschluß der Beratung / Therapie

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

2 Ist in der Zwischenzeit ein neues Problem aufgetreten?

Nein, kein neues Problem.
 Ja, und zwar folgende(s)

... Problem(e) (Bitte benennen!)	beeinträchtigt mich:				Haben Sie bereits darüber gesprochen?		
	0	1	2	3	in der Beratung/ Therapie	mit m. Familie/ Partner(in)	mit Sonstigen
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3			

Es gilt: 0: gar nicht
1: wenig
2: mittel
3: sehr

3 Befinden Sie sich zur Zeit noch in einer anderen Beratung / Therapie oder planen Sie den Beginn einer anderen Beratung / Therapie?

Nein
 Ja, und zwar wegen

Problem: (Bitte benennen!)	befinde ich mich in	plane ich	folgende Beratung/Therapie (Hier bitte ausführen, wo/bei wem!)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4 Beratungs- / Therapieverlauf

4.1 Wie beurteilen Sie den Erfolg der Beratung / Therapie ?

Die Beratung / Therapie ist insgesamt gesehen:

erfolgreich. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: erfolgreich 3: sehr erfolgreich

Zu Beginn der Beratung / Therapie

Kreuzen Sie bitte an: 0: gar nicht 1: wenig 2: interessiert 3: sehr interessiert

An der Beratung / Therapie interessiert:

ist meine Mutter
 0 1 2 3

ist mein Vater
 0 1 2 3

ist sonstige Person (z.B. Bruder, Schwester, Großmutter, Großvater) **und zwar:**

 0 1 2 3

ist sonstige Person (z.B. Bruder, Schwester, Großmutter, Großvater) **und zwar:**

 0 1 2 3

5 Beratungs- / Therapieverlauf

Was glauben Sie, wie erfolgreich Ihre Beratung / Therapie sein wird?

Die Beratung / Therapie wird vermutlich:

erfolgreich. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: erfolgreich 3: sehr erfolgreich

Ich erhoffe mir:

Zum Abschluß der Beratung / Therapie

4.2 Welchen Anteil messen Sie der Beratung / Therapie an den Veränderungen zu?

Die Beratung / Therapie hat an den Veränderungen:

Anteil. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: keinen 1: wenig 2: erheblichen 3: alleinigen

4.3 Welche Gründe könnten außer der Beratung / Therapie an den Veränderungen beteiligt gewesen sein?

Günstig gewesen ist zudem:

Erschwerend kam hinzu:

4.4 Inwieweit fühlten Sie sich von Ihrem/r Berater(in) / Therapeut(in)en verstanden?

Ich fühlte mich:

verstanden. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: gut 3: sehr gut

4.5 Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung/Therapie?

Ich bin mit der Beratung / Therapie:

zufrieden. Kreuzen Sie bitte an:
 0 1 2 3 0: gar nicht 1: wenig 2: zufrieden 3: sehr zufrieden

5 Zum Abschluß der Beratung / Therapie

Die Fortsetzung der Beratung / Therapie wäre wünschenswert: Ja Nein

Was führte zum Abschluß?

Beratung / Therapie ist beendet, weil:

- gemeinsam von uns als Paar / unserer Familie bzw. von mir beschlossen
- von Berater(inne)n / Therapeut(inn)en festgelegt

von allen Beteiligten gewünscht (einschließlich Berater(in)/Therapeut(in))

einzelne Personen nicht mehr interessiert sind

Wohnortwechsel

_____ (Sonstiges angeben.)

Ich möchte noch ...