

Eingangsfragebogen Sexualtherapie

Bevor Sie beginnen

- Dieser Fragebogen hilft Ihnen, sich auf das erste Gespräch vorzubereiten, und gibt mir eine erste Orientierung. Das Ausfüllen ist freiwillig.
- Beantworten Sie nur, was Sie schriftlich mitteilen möchten. Jede Frage dürfen Sie offenlassen und lieber im Gespräch ansprechen.
- Sie können den Fragebogen am Bildschirm oder ausgedruckt ausfüllen und zum ersten Termin mitbringen. Bitte senden Sie ihn nicht per unverschlüsselter E-Mail.
- Alle Angaben unterliegen meiner beruflichen Schweigepflicht. Dieser Fragebogen ist keine Einwilligungserklärung; Informationen zum Behandlungsrahmen und zum Datenschutz erhalten Sie gesondert.
- In einer akuten Krise wenden Sie sich bitte sofort an den Notruf 112 – in Schweden auch an 1177, in Deutschland an die TelefonSeelsorge 0800 111 0 111.
- Wenn Sie als Paar kommen, füllt am besten jede Person einen eigenen Fragebogen aus. Fragen zu intimen Erfahrungen sind besonders freiwillig – Sie bestimmen, wie viel Sie schriftlich teilen.

1. Angaben zu Ihrer Person

Name

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Wohnort und Land

Bevorzugte Sprache

☐ Deutsch ☐ Schwedisch ☐ Englisch

Gewünschte Form

☐ in der Praxis in Stockholm ☐ online ☐ noch offen

Sie kommen

☐ allein ☐ als Paar ☐ noch offen

2. Ihr Anliegen

Was möchten Sie in der Sexualtherapie ansprechen?

Seit wann beschäftigt Sie das?

Tritt das Thema immer auf oder nur in bestimmten Situationen?

☐ immer ☐ in bestimmten Situationen ☐ unterschiedlich

Wie sehr belastet Sie das Thema derzeit?

gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 sehr stark

Was haben Sie bisher versucht?

3. Körper und Gesundheit

Viele Erkrankungen, Medikamente und Lebensphasen beeinflussen die Sexualität. Diese Angaben helfen bei der Einordnung.

Haben Sie körperliche Erkrankungen oder Beschwerden?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Hormone? Wenn ja, welche?

Gibt es Lebensphasen, die gerade eine Rolle spielen?

☐ Schwangerschaft/Geburt ☐ Wechseljahre ☐ Kinderwunsch
☐ Krankheit/Operation ☐ Keine

Wurden körperliche Ursachen bereits ärztlich abgeklärt (z. B. gynäkologisch, urologisch)?

☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

4. Lust, Erregung und Körpererleben

Was beschäftigt Sie? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Verändertes Verlangen ☐ Erregung ☐ Erektion
☐ Feuchtwerden ☐ Orgasmus ☐ Schmerzen
☐ Körperbild ☐ Schwer steuerbares sexuelles Verhalten ☐ Sonstiges

Möchten Sie dazu etwas beschreiben?

5. Sexualität in der Beziehung

Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Beziehung leben.

Seit wann besteht die Beziehung?

Wie würden Sie Ihre Sexualität als Paar derzeit beschreiben?

Wie sprechen Sie miteinander über Wünsche und Grenzen?

Wie zufrieden sind Sie mit der Intimität in Ihrer Beziehung?

gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 sehr

6. Sexuelle Entwicklung

Stichworte genügen. Vertiefen können wir das im Gespräch.

Wie wurde in Ihrer Familie über Körper und Sexualität gesprochen – oder geschwiegen?

Welche Botschaften über Sexualität haben Sie geprägt?

7. Identität und Beziehungsform

Beschreiben Sie sich so, wie es für Sie stimmt. Sie können diesen Abschnitt auch offenlassen.

Wie beschreiben Sie Ihre sexuelle Orientierung, Ihre Geschlechtsidentität und Ihre Beziehungsform?

8. Grenzen und Sicherheit

Gibt es Erfahrungen mit Grenzverletzungen oder Gewalt, die in der Therapie berücksichtigt werden sollen?

☐ nein ☐ ja ☐ möchte ich lieber im Gespräch besprechen

Details sind hier nicht nötig. Wenn Sie sich aktuell bedroht fühlen oder unter Druck gesetzt werden: Notruf 112 – in Schweden auch Kvinnofridslinjen 020-50 50 50, in Deutschland das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ 116 016.

9. Ressourcen, Erwartungen und Ziele

Was erleben Sie in Bezug auf Nähe und Sexualität als angenehm oder stärkend?

Was soll sich durch die Sexualtherapie verändern?

Gibt es Wünsche, Fragen oder Bedenken in Bezug auf die Therapie?

10. Abschluss

Gibt es noch etwas, das ich vor unserem ersten Gespräch wissen sollte?

Datum