

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihrer Situation, ihren Anliegen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln.

Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihren Anliegen und erleichtern sogleich zu Beginn die therapeutische Zusammenarbeit. Es wird Sie interessieren, was mit dieser Information geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlicher Natur sind. Diese Unterlagen und persönlichen Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“.

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Telefon/Email:

Berufe, die Sie früher ausübten (bzw. Studienorte und -fächer) in chronologischer Reihenfolge:

Welcher Beschäftigung gehen Sie aktuell nach (bzw. wie sieht ihre Tagesstruktur aus)?

Wie wohnen Sie und mit welchen Personen leben Sie zu Zeit zusammen?

Familienstand:

Religionszugehörigkeit:

a) während der Kindheit:

b) heute:

Sind (waren) Sie religiös aktiv:

während der Kindheit ja nein

a) heute ja nein

2. Angaben zum Anliegen

a) Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Sorgen und Anliegen:

b) Schildern Sie bitte kurz die Entwicklung Ihrer Genderdysphorie:

c) Was haben Sie bisher unternommen, um mit der Genderdysphorie umzugehen?

d) Wen haben Sie bis jetzt um Rat gefragt?

e) Nehmen Sie Medikamente, die ? Falls ja, welche, seit wann, von wem, Dosierung, wie häufig?

3. Entwicklungsgeschichte bis heute

3.1. Körperliche und psychosoziale Entwicklung

a) Gesundheitszustand (Krankheit, Operationen, Unfälle) während der Kindheit und Jugend:

b) Ihre Größe: _____ Ihr Gewicht: _____

Unterstreichen Sie bitte, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

Alpträume	Bettnässen	Schlafwandeln
Daumenlutschen	Nägelkauen	Stottern
Ängste	Glückliche Kindheit	Unglückliche Kindheit

c) Interessen, Hobbys, sportliche Neigungen oder sonstige Auffälligkeiten: (während Kindheit/Jugendzeit):

d) Kindergartenzeit (Wann/Wo):

e) Alter bei Schulbeginn:

Geben Sie bitte Zeiträume sowie Namen und Art/Ort der Schulen an, die Sie besucht haben:

Von:	bis:	
Von:	bis:	
Von:	bis:	
Von:	bis:	
Von:	bis:	

Alter beim Verlassen der Schule:

f) Art des Schulabschlusses:

g) Stärken und Schwächen in der Schule:

- h) Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern?
- i) Womit konnte oder kann man Sie hänseln? Hatten oder haben Sie einen Spitznamen?
- j) Welche Menschen bedeuten Ihnen am meisten in Ihrem Leben?

3.2. Sexuelle Entwicklung

- a) Was glauben Sie, welche Einstellung Ihre Eltern zur Sexualität haben/hatten?
- b) Wurde bei Ihnen zu Hause über Sexualität gesprochen? Wenn ja, in welcher Form?
- c) Wie wurden Sie aufgeklärt?
- d) Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen erfahren?
- e) Wann und auf welche Weise wurde Ihnen zum ersten Mal Ihre eigenen sexuellen Triebe bewusst?
- f) Hatten Sie früher Ängste oder Schuldgedanken auf Grund sexueller Gefühle?

- g) Haben Sie zurzeit ähnliche Ängste oder Gedanken?
- h) Welche sexuellen Erfahrungen sind für Sie die Bedeutsamsten?
- i) Haben Sie Vergewaltigung, Inzest, sexuellen Missbrauch oder andere sex. Übergriffe gehabt?
- j) Wie fühlen Sie sich als Mann/Frau?
- k) Ist Ihr momentanes Sexualleben befriedigend? Falls nicht, warum nicht?

Zur Menstruation (falls zutreffend):

- l) Alter bei der ersten Menstruation:
- m) Waren Sie darauf vorbereitet und informiert, oder war es ein Schockerlebnis?
- n) Empfindungen und Stimmungen mit der Periode:

4. Ehe / Partnerschaft

4.1. Falls Sie nicht in einer Partnerschaft leben, wie erleben Sie diese Situation?

4.2. Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben, wie lange:

- a) Alter des Partners:
- b) Seine/Ihre Beschäftigung:

- c) Wie lange kennen Sie sich schon?
- d) Wie viele Kinder haben Sie? Vorname, Alter, Geschlecht? Welche Kinder stammen aus früheren Partnerschaften? Hatten Sie auch Fehlgeburten?
- e) Möchten Sie noch etwas über eventuelle frühere Ehen/Partnerschaften sagen?

5. Familie

- a) Vater:
Alter:
Beruf:
Gesundheit:
Falls verstorben, Ursache:
Wann: Wie alt waren Sie?
- b) Mutter:
Alter:
Beruf:
Gesundheit:
Falls verstorben, Ursache:
Wann: Wie alt waren Sie?
- c) Falls Ihre Eltern getrennt leben/geschieden/wiederverheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?
- d) Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraums erzogen?

- e) Geschwister:
Zahl der Brüder: Alter:

Zahl der Schwestern: Alter:
- f) Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern früher und heute:
- g) Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre zu Hause, wo Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern aus?
- h) Fühlen Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?
- i) Wie ist heute Ihr Verhältnis zu Ihrer Familie?
- j) Gibt es irgendwelche Mitglieder in Ihrer Familie, die unter (psychischen) Problemen oder Störungen leiden oder einer anderen (chronischen) Krankheit?

6. Selbstbeschreibung:

- a) Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich sehen:

wertlos, genussfähig, nutzlos, das Leben erscheint mir sinnlos, dumm, ausgeglichen, naiv, unfähig, lebensfroh, schuldig, böse, fähig, beliebt, voller Hass, habe Ängste, schreckliche Gedanken, feindselig, wertvoll, sympathisch, getrieben, selbstunsicher, neige zu Panikgefühlen, voller Hoffnung, aggressiv, deprimiert, intelligent, hässlich, unattraktiv, optimistisch, einsam, ungeliebt, vernünftig, missverstanden, gelangweilt, attraktiv, im Konflikt, selbstsicher.

Anderes:

- b) Sonstige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer körperlichen Verfassung:
- c) Würden Sie sagen, dass Sie von irgendetwas abhängig sind (z.B. Alkohol, Arbeit, Essen, Tabletten, Beziehungen, Sexualität, Coffein, Nikotin, Spiel, Fernsehen?)
- h) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Hobbys, Interessen?

7. Zur Genderdysphorie und Behandlungen

- 7.1. Seit wann haben Sie das Gefühl, *Anders* zu sein oder ein Unbehagen bzgl. ihres Körpers/biologischen Geschlechts (genderdysphorische Befindungen)? Wie hat sich das geäußert?
- 7.2. Seit wann und wie wurde Ihnen bewusst, das bei Ihnen Transsexualismus vorliegt?
- 7.3. Wann und gegenüber wem haben Sie sich geoutet?
- 7.4. Wie waren die Reaktionen?

7.5. Wann und wie lange/oft, probieren Sie in der gegengeschlechtlichen Rolle zu leben (Alltagstest)?

7.6. Wie erfahren Sie die Lebbarkeit? Welche Folgen erleben Sie (im Alltag) dadurch?

7.7. Nehmen Sie gegengeschlechtliche Hormone?

Wenn ja, seit wann?

Wer verordnet die Hormone?

Was sind die Effekte/Auswirkungen davon?

7.8. Haben Sie schon andere geschlechtsangleichende somato-therapeutische Maßnahmen durchgeführt oder sind diese geplant?