



Beratungsstelle profamilia
Paarberatung
Heinestraße 2-4
66121 Saarbrücken

Post-Eingang: _____

Anmeldung zur Paarberatung/ Paartherapie

Namen	Sie	Partner*in
Alter		
Adresse(n)		
Telefonnummern		
Emailadresse		
Beruf		

Sind Sie verheiratet?		o ja o nein
Wie lange besteht die aktuelle Partnerschaft?		
Alter des Kindes/ der Kinder?	1. 3.	2. 4. und weitere
Vorherige (bedeutungsvolle) Partnerschaft(en)/ Ehe(n): Zeitraum:	Sie	Partner*in

Wie sind Sie auf das Angebot von profamilia Saarbrücken aufmerksam geworden?

Vorherige Erfahrung mit Beratung oder Therapie?

Wo? Durch wen? Wann? Aus welchem Anlass?

Sie _____

Partner*in _____

als Paar _____

Kind(er) _____

Ambulant? Stationär?

Themen:

Bitte kreuzen Sie an, wenn für Sie oder ihr*e Partner*in oder die Kind(er) die unten aufgelisteten Themen bedeutsam sind?

Thema	Sie	Partner*in	Kind(er)
Angst			
Depression			
Alkohol			
Substanzmissbrauch (Medikamente/ Drogen)			
Spielen/ Kaufsucht			
Wut/ unkontrollierte Wutausbrüche			
Gesundheitsprobleme			
Arbeitssucht			
Sexsucht			
Trauma			
Untreue			
Anderes/ Was genau?			

Zusätzliche Information:

Bitte schildern Sie auf der umliegenden Seite beide unabhängig voneinander Ihr Anliegen für das Gespräch bei uns und kurz den dafür wesentlichen Hintergrund. (Zusätzlich Rückseite benutzen)