

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular komplett aus. Es hilft uns in der ersten Stunde Zeit zu sparen und so kann ich mir einen genauen Überblick über Ihre Situation machen. Sie können es mir per Email oder per Post zuschicken. Es wäre auch sehr hilfreich, wenn Sie mir eine Kopie des Arztberichtes zukommen lassen. Vielen Dank

Natürlich stehe ich auch diesbezüglich unter Schweigepflicht!

Vorname/Name:

Geburtsdatum: Alter:

Adresse:

.....

Telefon, Email:

.....

.....

1: Aktuelle Beschwerden und Symptome:

a. Was sind Ihre körperlichen und seelischen Beschwerden/Probleme und seit wann leiden Sie darunter? Diagnose?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. Wie sehr beeinträchtigt Sie die Diagnose in Ihrem Alltag und sind Sie in der Lage diesen teilweise zu bewältigen?

.....
.....
.....
.....

c. Wie stark ist Ihr Wunsch nach Behandlung? Bitte ankreuzen.

- Stark
- Mäßig
- Ich komme nicht auf eigenen Wunsch, sondern weil:

.....

2: Sozialanamnese:

Nationalität:Geburtsland:

Religion:

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit?

Voll-, Teilzeit oder Schichtarbeit?

Wenn arbeitslos, warum und seit wann?

.....
.....
.....

Wie oft und weshalb waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre arbeitsunfähig erkrankt?

.....

Aktueller Familienstand:

Bisherige feste (wichtige) Beziehungen und Ehen (Zeitraum, Trennungsgrund?):

.....

.....

.....

.....

.....

Wenn Sie derzeit in Beziehung sind, nennen Sie bitte Alter und Beruf des Partners:

.....

Ihre Kinder: (bitte geben Sie den Vornamen, das Alter und das Geschlecht an, und zwar von allen Kindern, auch Fehl-, Totgeburten oder bereits Verstorbene)

1.
2.
3.
4.

„Mitgebrachte“ Kinder des Partners: (bitte geben Sie auch hier Vornamen, Alter und das Geschlecht an)

1.
2.
3.
4.

Gibt es nennenswerte Schwierigkeiten mit einem oder mehreren Kindern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychosoziale Situation:

Mit wem wohnen Sie zusammen? Wohnt noch jemand der Familie mit im Haus? Wer?

.....

Eigen- oder Miethaus/Wohnung?

.....

Finanzielle Situation/Schulden?

.....

Beziehen Sie Sozial- oder Rentengelder?

.....

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?%, Grund:

Hobbys früher?

Hobbys/Freizeitaktivitäten heute?

.....

Gibt es eine Leidenschaft? Welche?

.....

Haben Sie einen oder mehrere gute Freunde?

.....

2b: Biographie:**Ihre Familie:**

Geschwister ((bitte geben Sie den Vornamen, das Alter und das Geschlecht an, und zwar von allen Geschwistern, auch Fehl-, Todgeburten oder bereits Verstorbene und auch von Halb- oder Stiefgeschwistern:

1.

2.

3.

4.

5.

Bitte nennen Sie Besonderheiten in Ihrer Beziehung zu den Geschwistern. Gab oder gibt es Streits, Konflikte, Neid, besonderen Zusammenhalt, Behinderungen oder Sonstiges?

.....

.....

.....

Leiblicher Vater:

Alter und Beruf (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

.....

.....

Beschreiben sie seinen Charakter und Ihre Beziehung zu ihm (früher und heute):

.....

.....

.....

.....

Mutter:

Alter und Beruf (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

.....

.....

Beschreiben sie ihren Charakter und Ihre Beziehung zu ihr (früher und heute):

.....

.....

.....

Stief- oder Adoptiveltern:

Alter und Berufe (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

.....

.....

Beschreiben sie die Charaktere und Ihre Beziehung zu ihnen (früher und heute):

.....
.....
.....

Bei wem sind sie aufgewachsen? Wer war für Ihre Erziehung hauptverantwortlich?

.....
.....

Beschreiben Sie bitte die **Ehe ihrer Eltern** sowie die Atmosphäre im Elternhaus aus Ihrer Sicht (früher und heute). Wie gingen Ihre Eltern mit Konflikten/Streitereien um?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bei Scheidung der Eltern, Ihr Alter damals?

Familienanamnese:

Sind Ihres Wissens in Ihrer **Verwandtschaft** Erkrankungen (**Krebs**) bzw. Beschwerden bekannt, z.B: Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Selbstmord oder – versuch, oder andere und wenn ja bei wem:

1.
2.
3.
4.
5.

Ihre Kindheit:

Was ist Ihnen über die Schwangerschaft Ihrer Mutter (als sie mit Ihnen schwanger war) und ihre frühkindliche Entwicklung bekannt?

.....

.....

.....

.....

Welche Krankheiten hatten Sie im Kindesalter?

.....

.....

Gab es Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Tics, häufige Wutausbrüche, Stottern, Ängste (welche?), Bettnässen, langes Daumenlutschen, Alpträume etc. und wie lange bestanden diese Probleme jeweils?

.....

.....

.....

Besuchten Sie den Kindergarten?

Wie ging es Ihnen dort?

Wie ging es Ihnen in der Grundschule?

.....

.....

In welche weiterführende Schule gingen Sie und wie erging es Ihnen dort?

.....

.....

Wie waren Ihre Noten/Leistungen?

.....

.....

Schulabschluss:

Alter bei Abschluss:

Ihre Jugend:

Wie war Ihr gesundheitlicher Zustand während der Jugendzeit (besondere Krankheiten, Unfälle, Operationen, Krämpfe, Anfälle oder Ähnliches)?

.....
.....
.....

Wie ging es Ihnen psychisch gesehen in Ihrer Jugendzeit? Gab es Auffälligkeiten, wie z.B. Schüchternheit, Schulschwierigkeiten, Mobbing, Ausenseiterrolle oder Ähnliches)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie war Ihre erste Verliebtheit? Durch wen geschah die sexuelle Aufklärung? Hatten Sie eher positive und negative sexuelle Erfahrungen? Wie haben Ihre Eltern reagiert?

.....
.....
.....
.....
.....

Berufliche Entwicklung (bisherige Ausbildungen, Tätigkeiten, Zeiten ohne Arbeit):

1.
2.
3.

Symptomliste:

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Beschwerden und Problemen aufgelistet. *Unterstreichen* Sie bitte, welche dieser Beschwerden auf Sie gegenwärtig zutreffen. **a. Körperliche Beschwerden:**

Verdauungsstörungen, Durchblutungsstörungen, Menstruationsbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gelenk- oder Gliederschmerzen, Schluckbeschwerden, Magenbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Allergien, Atemnot, Schwindel, Ohnmacht, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Herzbeschwerden.

Andere:

Ängste:

Versagensängste, Angst vor der Zukunft, Angst Ihnen könnte etwas zustoßen, Angst vor öffentlichen Auftritten, Angst aufzufallen, Angst vor ärztlichen Behandlungen und körperlichen Erkrankungen, Angst sich behaupten zu müssen, Angst vor Abwertung und Zurückweisung, Ängste um die eigene Gesundheit.

Andere:

Depressive Gefühle:

Traurigkeit, Schuldgefühle, häufiges zu weinen, Gefühle der inneren Leere, Hoffnungslosigkeit, Unausgeglichenheit, leichte Reizbarkeit, Weinausbrüche, Lebensunlust, Selbstmordgedanken, allgemeine Unzufriedenheit, Unentschlossenheit, Verlust der Freude, trübe Gedanken, vermindertes sexuelles Verlangen, Gefühl der fortwährenden Anspannung, starke Stimmungsschwankungen.

Andere:

Selbstwertprobleme:

Minderwertigkeitsgefühle, Gefühl der Gleichgültigkeit, Gefühl weniger wert zu sein als andere, Gefühl anderen unterlegen zu sein, Schüchternheit, leichtes Erröten, Gefühl weniger intelligent zu sein.

Andere:

Berufliche und Leistungsprobleme:

Leichte Ermüdbarkeit, Gefühl den Leistungsanforderungen nicht gewachsen zu sein, Schwierigkeiten mit Kollegen/Vorgesetzten, Überlastungsgefühle, Unsicherheit über den Berufserfolg, berufliche Hemmungen, Lernschwierigkeiten, Unsicherheit bei der Berufswahl, Arbeitsunlust, finanzielle Sorgen.

Andere:

Familiäre Probleme/Partnerschaft:

Unzufriedenheit mit dem Partner, häufige Auseinandersetzungen, aggressive Ausbrüche, Gleichgültigkeit in der Partnerschaft, Probleme mit den Kindern, unerfüllter Kinderwunsch, Einsamkeit, sexuelle Unzufriedenheit, allgemeines Unglücklichsein, Gefühl dem Partner unterlegen zu sein.

Andere:

Bewältigungsstrategien:

Was haben Sie bisher versucht, um die Beschwerden zu bewältigen?

1.
2.
3.
4.

Waren Sie schon in Psychotherapeutischer Behandlung (ambulant oder stationär)? Wenn ja, wo und wann?

.....
.....

Gibt es zur Zeit andere Probleme, die Sie stark beschäftigen?

.....
.....
.....
.....

Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

Welcher Art waren oder sind diese?

.....
.....

Gab es bereits Selbstmordversuche und wenn ja, wann? Welcher Art?

.....
.....

Suchtanamnese:

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche

.....

Wie viel rauchen Sie tgl.:

.....

Wie viel Kaffee trinken Sie tgl.:

.....

Nehmen Sie Drogen, wenn ja welche und wie häufig?

.....

.....

Wie lange sitzen Sie täglich in Ihrer Freizeit am Internet?

.....

Aktuelle Medikamente:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen