

Anamnesebogen

Seite: 1

- Lassen Sie sich zur Beantwortung der Fragen Zeit
- Trifft eine Frage/Aussage nicht zu, lassen Sie das Feld leer
- Bei den meisten Fragen reichen Stichpunkte, Details im persönlichen Gespräch

Nachname:.....Vorname:.....

Straße:..... PLZ:.....Ort:.....

e-mail:

Geburtsdatum:.....

Höchster Schulabschluss:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitige berufl. Tätigkeit:.....

-Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? (Skala von 1-10 → aufsteigend für gut)

-Liegen bestätigte psychische/psychiatrische Diagnosen vor, wenn ja welche?

-Gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern), z.B. Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Autismus?

-Unternahmen Sie jemals Suizidversuche oder beschäftigten sich ernsthaft damit?

-Bislang erfolgte ambulante Psychotherapien

Jahr	Grund

-Waren Sie schon einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung? Weswegen?

Anamnesebogen

Seite: 2

-Hatten Sie jemals Unfälle, Operationen oder haben Katastrophen beobachtet?

-Leiden Sie unter häufigen "banalen" Infekten, sind oder waren Sie oft krank?

-Verheiratet seit/ geschieden / Waise / ledig?

-Gibt es Beziehungsprobleme / Eheprobleme?

-Erfahren Sie Unterstützung durch Ihre/n Partner/in?

-Wie viele Geschwister haben Sie?

-Gab es Geschwisterrivalität?

-Wie viele Kinder haben Sie?

-Aktuelle Probleme mit Ihren Kindern?

-Sind Sie mit Ihrem Lebensumfeld (Beruf, Wohnung, Stadt, Nachbarn,...) zufrieden?

-Haben Sie zur Zeit stabile Sozialkontakte?

-Gab es Mobbing, Schulprobleme, Polizeikontakt in der Jugend?

-Schätzen Sie Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern heute ein (1-10 → aufsteigend für gut)

-Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihrer Mutter?
(z.B. liebevoll, sorgte sich, ängstlich, ...)

-Gab/gibt es Probleme mit der Mutter?

-Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihres Vaters

-Gab/gibt es Probleme mit dem Vater?

-Wurden Sie jemals geschlagen oder wurde Schläge angedroht?

-Wurden Sie von Lehrern, Mitschülern oder Kollegen bloßgestellt / beleidigt?

-Beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil während Ihrer Jugend?
(streng, religiös, nach Regeln, herzlich, kühl, chaotisch, etc.)

-Haben Sie sich zu Hause in Ihrer Jugend einigermaßen „wohl“ gefühlt?

-Nennen Sie die Namen von 1-3 Personen (nicht Eltern), deren Verhalten Sie überhaupt nicht leiden können, die Sie "nerven":

-Betreiben Sie aktiv Sport?

-Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit elek. Medien (Smartphone, Computer, Fernsehen)?
(bitte ehrlich sein – Angabe in Stunden)

-Wie viel Alkohol trinken Sie **täglich** (z.B. 2 Flaschen Bier und 2 Gl. Wein, etc.) ?

-Sind Sie mit dem, was Sie erreicht haben, zufrieden?

-Schätzen Sie Ihre Religiosität / Glaube ein (Skala von 1-10)

-Wie hoch schätzen Sie Ihre **Therapiemotivation** ein (Skala von 1-10)?

-Haben Sie Probleme mit Ihrer sexuellen Identität?

-Fühlen Sie sich abhängig von Ihren Eltern?

-Was wollen Sie in dieser Therapie erreichen? (Stichpunkte Ihrer Ziele)

(Diese Frage ist wichtig. Machen Sie sich hierüber ausreichend Gedanken)

-Haben Sie Ein-oder Durchschlafstörungen? Ja [] Nein []

-Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja [] Nein []

-Haben Sie neuerdings verminderten oder vermehrten Appetit? Ja [] Nein []

-Haben Sie kaum Freude und Interessen? Ja [] Nein []

-Fühlen Sie sich niedergeschlagen und hoffnungslos? Ja [] Nein []

-Zweifeln Sie sich an und haben Sie Angst zu versagen? Ja [] Nein []

-Schaffen Sie zur Zeit „Ihr Leben“ (Beruf, Einkaufen, soziale Kontakte)? Ja [] Nein []

-Haben Sie in letzter Zeit Suizidgedanken? Ja [] Nein []

-Gab es früher schon Phasen, wo sie hoffnungslos, deprimiert waren? Ja [] Nein []

-Waren sie schon mal plötzlich sehr umtriebig, aufgedreht, hatten ausgefallene Ideen, waren über längere Zeit in sehr gehobener Stimmung, brauchten wenig Schlaf oder kauften spontan teure Dinge? Ja [] Nein []

-Haben Sie Ängste oder Angstattacken? Ja [] Nein []

-Erfahren Sie ausreichend Unterstützung für Ihre Probleme? Ja [] Nein []

-Sehen oder hören Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen? Ja [] Nein []

-Fühlen Sie sich konfus oder zerfahren, vergessen viel und häufig? Ja [] Nein []

-Haben Sie Schwierigkeiten ihre Ess-Mengen zu kontrollieren? Ja [] Nein []

-Nehmen Sie Abführmittel oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen? Ja [] Nein []

-Fasten Sie öfter oder treiben sie extrem viel Sport? Ja [] Nein []

-Schaffen Sie es nach einem stressigen Tag rasch „runterzukommen“? Ja [] Nein []

Leiden Sie manchmal unter mehr als gewöhnlichen...

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräuschen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl in Brust | <input type="checkbox"/> innerer Unruhe | <input type="checkbox"/> häufigen Infekten |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> hohem Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schuldgefühlen |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm-Problemen | <input type="checkbox"/> Traurigkeit | |
| <input type="checkbox"/> widersprüchlichen Gefühlen | | |

Unabhängig, welche Dinge Sie bis jetzt aufgeschrieben haben, welche der folgenden Themen sind „Ihre Themen“. Spüren Sie in sich hinein (maximal 5 Kreuze)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Verletzung |
| <input type="checkbox"/> Wut, Aggression | <input type="checkbox"/> Scham | <input type="checkbox"/> Flucht |
| <input type="checkbox"/> Schuld | <input type="checkbox"/> Liebe-Wut-Problem | <input type="checkbox"/> Chaos |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Entfaltung | <input type="checkbox"/> Beziehung |
| <input type="checkbox"/> Verwirrung | <input type="checkbox"/> Suche nach dem Sinn | <input type="checkbox"/> Abhängigkeit |

Danke für das Ausfüllen!