

Anamnesebogen (vertraulich)

Seite: 1

- Lassen Sie sich zur Beantwortung ausreichend Zeit
- Trifft eine 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/Studium:.....

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, Alkoholismus?

-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 (vertraulich)

Seite: 2

---

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

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

-Familienstand?

-Gibt es Beziehungsprobleme? Fühlen Sie sich neben Ihrem Partner/in wohl?

-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, ...)

Anamnesebogen (vertraulich)

Seite: 3

---

-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, freundlich, unterstützend, etc.)

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

-Betreiben Sie Sport?

-Wann gehen Sie durchschnittlich abends Schlafen?

-Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit elektronischen 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.) ?

-Benötigen Sie Alkohol oder bestimmte Substanzen, um Stress loszuwerden?  
(bitte ehrlich sein)

Anamnesebogen (vertraulich)

Seite: 4

---

-Haben Sie Probleme mit Ihrem eigenen Geschlecht?

-Haben Sie sexuelle Probleme?

-Fühlen Sie sich von Ihren Eltern oder anderen Personen abhängig?

-Wenden Sie Entspannungstechniken an?

-Schätzen Sie Ihre Religiosität / Glaube ein (Skala von 0-10)

-Wie hoch schätzen Sie Ihre Therapiemotivation ein (Skala von 0-10)?

-Haben Sie schmerzvolle Erinnerungen an Sterbefälle innerhalb Ihrer Umgebung?

-Fühlen Sie sich irgendwie "anders"?

### **-Was wollen Sie in dieser Therapie erreichen?**

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

### **Was ist Ihr wichtigstes Therapieziel?**

---

- |  |        |          |
|--|--------|----------|
| -Haben Sie deutliche Schlafstörungen?                                    | Ja [ ] | Nein [ ] |
| -Sind Sie oft müde oder haben 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 ?                                      | 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 deutlich niedergeschlagen waren?     | Ja [ ] | Nein [ ] |

Anamnesebogen (vertraulich)

Seite: 5

---

- 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 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
- Fühlen Sie sich bisweilen „überfordert“ 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"/> widersprüchlichen Gefühlen | <input type="checkbox"/> hohem Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schuldgefühlen    |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm-Problemen       | <input type="checkbox"/> Traurigkeit     | <input type="checkbox"/> Nervosität        |

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"/> Chaos               | <input type="checkbox"/> Zwang        |
| <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!