

Anamnesebogen Psychotherapie

Bitte lassen Sie sich zur Beantwortung der Fragen Zeit und füllen den Bogen so ausführlich und ehrlich wie möglich aus. Er wird nach dem Erstgespräch ausgewertet und dient dazu, Ihre momentane Situation und Befindlichkeit richtig einschätzen und eine möglichst effiziente Therapieform zu erarbeiten.

Ihre Angaben fallen unter die Verschwiegenheitspflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Schulbildung:	
Erlerner Beruf:	
Derzeitiger Beruf:	

Aktuelle Beschwerden (Symptome):

Weshalb kommen Sie gerade jetzt?

.....

.....

.....

Wie wurden Sie auf unsere Praxismgemeinschaft aufmerksam?

.....

Aktuelle Lebenssituation:

Mit wem leben Sie zusammen?

.....

Haben Sie Kinder, wie alt sind sie, gibt es aktuelle Probleme?

.....

.....

In welchen Verhältnissen / Umfeld leben Sie?

.....

.....

Haben Sie Ihre Berufswahl selber getroffen, warum gerade diese?

.....

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend? Was ist Ihnen an der Arbeit wichtig?

.....

.....

Wie erleben Sie Ihre momentane Beziehung?

.....

Gibt es Probleme in der Beziehung? Wenn ja, welche?

.....

.....

Wie viele Geschwister haben Sie?

.....

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern und wie ist es heute?

.....

.....

Wie waren Sie als Kind? Gab es Auffälligkeiten?

.....

.....

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

.....

Wie war Ihre schulische Entwicklung? Gab es Schwierigkeiten?

.....

.....

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ersten Erkrankungen/Operationen/Allergien?

.....

.....

.....

Beschreiben Sie kurz Ihre Mutter, welche Eigenschaften hatte oder hat sie?

.....
.....

Wie war/ist Ihre Beziehung zu ihr? Fühlten/Fühlen Sie sich geliebt?

.....

Beschreiben Sie kurz Ihren Vater, welche Eigenschaften hatte oder hat er?

.....
.....

Wie war/ist Ihre Beziehung zu ihm? Fühlten/Fühlen Sie sich geliebt?

.....

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

.....

Wurden Sie religiös erzogen?

.....

Wie war die Ehe Ihrer Eltern, welche Atmosphäre herrschte zuhause?

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

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

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

Gibt es weitere Probleme als die o. a. in Ihrem Leben?

.....
.....

Haben Sie stabile Kontakte zu Freunden und/oder Kollegen? Zu wem besonders?

.....
.....

Wie gehen Sie mit Misserfolgen und Kränkungen um?

.....
.....

Fehlt in Ihrem Leben etwas? Was fehlt?#

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

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

.....
.....

Rauchen Sie?

Wie häufig trinken Sie wieviel Alkohol?.....

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen?.....

Hatten Sie schon einmal eine Psychotherapie? Wenn ja, weshalb?

.....

Was wollen Sie in der Psychotherapie erreichen?

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

Wie hoch schätzen Sie Ihre Therapiemotivation ein auf einer Skala von 1 (nicht) bis 10 (viel)

.....

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?	Ja [] / Nein []
Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie?	Ja [] / Nein []
Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit?	Ja [] / Nein []
Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Ess-Mengen zu kontrollieren?	Ja [] / Nein []
Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen?	Ja [] / Nein []
Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben Sie extrem viel Sport?	Ja [] / Nein []
Haben Sie weniger Freude und Interessen?	Ja [] / Nein []
Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos?	Ja [] / Nein []
Zweifeln Sie sich an und haben Sie Angst zu versagen?	Ja [] / Nein []
Können Sie sich konzentrieren?	Ja [] / Nein []
Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass es besser wäre, Sie wären tot oder hatten Sie Suizidgedanken?	Ja [] / Nein []
Gab es früher Phasen, wo Sie hoffnungslos oder deprimiert waren?	Ja [] / Nein []
Waren Sie auch schon mal in Ihrem Leben sehr umtriebig, aufgedreht, über längere Zeit gehobener Stimmung, wo Ihnen alles von der Hand ging und Sie kaum Schlaf brauchten?	Ja [] / Nein []
Haben Sie Ängste oder Angstattacken?	Ja [] / Nein []
Hatten Sie schon mal optische oder akustische Halluzinationen?	Ja [] / Nein []
Haben Sie öfters ein Gefühl der Leere?	Ja [] / Nein []
Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper oder Teile davon nicht direkt zu Ihnen gehören?	Ja [] / Nein []
Fühlen Sie sich beobachtet oder verfolgt?	Ja [] / Nein []

Leiden Sie manchmal unter (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Ohrgeräuschen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Luftnot
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühlen
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nervosität
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Magenschmerzen	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Übelkeit

Ergänzende Anmerkungen:

.....

.....

.....