



## 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 zu können und eine möglichst effiziente Therapieform zu erarbeiten. Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Name: ..... Vorname: .....

Straße:.....

PLZ:..... Ort: .....

Telefon :..... Email: .....

Geburtsdatum:.....

Schulbildung:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitiger Beruf:.....

Wochenstunden:.....

Zurzeit krankgeschrieben: .....

Wenn ja seit wann? .....

Aktuelle Beschwerden (Symptome): Weshalb kommen Sie gerade jetzt?

.....

.....

.....

Aktuelle Lebenssituation: Mit wem leben Sie zusammen?

.....

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

.....

.....

Leben Sie in gesicherten finanziellen Verhältnissen?

.....

Haben Sie Ihre Berufswahl selber getroffen, warum gerade diese?

.....



Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend? Warum?

.....  
.....

Wie erleben Sie ihre momentane Beziehung oder Ehe?

.....  
.....

Gibt es Probleme? Wenn ja welche?

.....  
.....

Wie viele Geschwister haben Sie? An welcher Stelle stehen Sie?

.....  
.....

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

.....  
.....

Wie waren Sie als Kind? Gab es Auffälligkeiten? Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?

.....  
.....



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

.....  
.....

Wie war Ihre schulische Entwicklung, gab es Schwierigkeiten?

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

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

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

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

.....  
.....

Wie war ihre Beziehung zu ihr? Haben sie sich geliebt gefühlt?

.....  
.....

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

.....  
.....

Wie war Ihre Beziehung zu ihm, haben Sie sich geliebt gefühlt?

.....  
.....



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?

.....  
.....

Welche Probleme bis auf die o.g. gibt es 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 Alkohol? .....

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen? Wenn ja mit welchen?

.....  
.....

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie? Wenn ja weshalb?

.....  
.....

Was wollen Sie in der Psychotherapie für sich erreichen?

.....  
.....

Wie hoch schätzen Sie Ihre Therapiemotivation ein auf einer Skala von 1 (wenig)–10 (viel)?

.....

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam?

.....

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?

Ja [ ] Nein [ ]

Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie?

Ja [ ] Nein [ ]



Haben Sie vermindertem oder vermehrten Appetit? 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 nur schwer 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 [ ]

Hat Ihnen schon jemand geraten mit Alkohol trinken aufzuhören? Ja [ ] Nein [ ]

Hatten Sie schon mal optische oder akustische Halluzinationen? 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 [ ]

Leiden Sie manchmal unter:

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

Ergänzende Anmerkung:

.....

