

## Anamnesebogen – Psychotherapie



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich mit einem Fragebogen auf Sie zukomme. Falls Sie die Therapie von Ihrer Krankenkasse finanzieren lassen möchten, muss ich einen schriftlichen Antrag an Ihre Kasse stellen. Für den Antrag benötige ich die Informationen aus dem folgenden Fragebogen.

Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen wird nicht an Ihre Krankenkasse weitergeleitet.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut leserlich aus. Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt Papier oder die Rückseite. Falls bei einer Frage mehrere Punkte auf Sie zutreffen, dann kreuzen Sie bitte alle Punkte an.

**Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!**

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Verständnis!

*Schwierige oder unangenehme Fragen können Sie mit einem Fragezeichen versehen und wir können darüber sprechen.*

Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ jetziger Beruf: \_\_\_\_\_

Schulbildung: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam?

---

**Jetzige Lebenssituation:**

Mit wem leben Sie zusammen?

---

Hatten Sie frühere Beziehungen und woran sind sie ggf. gescheitert?

---

---

Haben Sie Kinder, wie alt sind sie, gibt es hier Probleme oder hatten Sie welche? \_\_\_\_\_

---

---

Arbeiten sie zurzeit, wie lange, wo?

---

---

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen, warum gerade diese?

---

---

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

---

Haben Sie finanzielle Probleme?

---

Wie erleben Sie ihre momentane Beziehung oder Ehe?

---

---

Gibt es Probleme, wenn ja welche?

---

---

Beschreiben Sie kurz ihre/n Partner/in, was macht er/sie beruflich, wie alt ist er/sie, welche Eigenschaften hat er/sie:

---

---

---

Gibt es sexuelle Schwierigkeiten?

---

Gab es früher sexuelle Schwierigkeiten?

---

Wie viele Geschwister haben Sie (Altersunterschied)?

---

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern, welche Stellung hatten Sie?

---

---

Wie waren Sie als Kind, beschreiben Sie sich kurz:

---

---

---

Gab es Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war oder unter der Geburt?

---

---

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank oder hatten sie Probleme?

---

---

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste oder Ähnliches?

---

---

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen, wenn ja, nennen Sie diese bitte:

---

---

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

---

---

Wie war Ihre schulische Entwicklung, gab es Schwierigkeiten?

---

---

Beschreiben Sie kurz ihren **Vater**, welche Eigenschaften hatte oder hat er? Was hat er beruflich gemacht? Lebt er noch oder wann und woran ist er gestorben?

---

---

---

Welche Beziehung hatten Sie zu ihm, haben Sie sich geliebt gefühlt?

---

---

---

Beschreiben Sie kurz ihre **Mutter**, welche Eigenschaften hatte oder hat sie? Lebt sie noch oder wann und woran ist sie gestorben?

---

---

---

Welche Beziehung hatten Sie zu ihr, haben Sie sich geliebt gefühlt, wie lange haben Sie Zuhause gewohnt?

---

---

---

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

---

---

---

Wurden Sie religiös erzogen?

---

---

---

Wie war die Ehe Ihrer Eltern, welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus, welche Konflikte gab es?

---

---

---

Welche Probleme hatten Sie als Kind?

---

---

---

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

---

---

---

Haben Sie heute Menschen, die Ihnen zur Seite stehen und Sie unterstützen?

---

---

---

Welche Probleme gibt es heute in ihrem Leben?

---

---

---

Hatten Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

Rauchens Sie, wenn ja wie viel?

---

---

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen, wenn ja mit welchen?

---

---

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben oder berentet, wenn ja seit wann?

---

---

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

---

---

---

---

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Was wollen Sie in der Psychotherapie für sich erreichen?

---

---

---

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

---

---

---

## Anamnesebogen - Psychotherapie

*Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bittet möglichst ehrlich aus.*

*Vielen Dank.*

Zutreffendes bitte ankreuzen Z.B. Ja [ X ] Nein [ ]

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 konzentrieren? Ja [ ] Nein [ ]

Fühlen Sie sich langsamer als früher oder vermehrt nervös  
oder angespannt? Ja [ ] Nein [ ]

Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass es besser wäre, sie  
wären tot oder hatten sie Selbstmordgedanken?  
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 [ ]

Haben Sie Probleme mit Alkohol? Ja [ ] Nein [ ]

Hat Ihnen schon jemand geraten mit dem Trinken aufzuhören?  
Ja [ ] Nein [ ]

Haben Sie öfter morgens oder schon bei der Arbeit getrunken? Ja [ ] Nein [ ]

Waren sie morgens verkatert? Ja [ ] Nein [ ]

Sind Sie der Schule oder der Arbeit ferngeblieben, weil sie am Abend vorher getrunken hatten? Ja [ ] Nein [ ]

Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil sie getrunken haben? Ja [ ] Nein [ ]

Sind Sie schon einmal Auto gefahren, nachdem sie einige Gläser Alkohol getrunken hatten? Ja [ ] Nein [ ]

Essen sie öfters große Mengen an Lebensmitteln? 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 Ohrgeräuschen [ ], Schwindel[ ], Luftnot[ ], Herzklopfen[ ], Druckgefühl[ ], Schmerzen in der Brust[ ], Beklemmungsgefühlen[ ], Kloßgefühl im Hals[ ], Schwitzen[ ], Nervosität[ ], Unruhe[ ], Magenschmerzen[ ], Rückenschmerzen[ ], Menstruationsbeschwerden[ ], Kopfschmerzen[ ] oder Übelkeit[ ] ?