

Anamnesebogen

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: _____

Geburtsdatum: _____

Schulbildung: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitiger Beruf: _____

Wochenstunden: _____

Zur Zeit krankgeschrieben: Ja _____ Nein _____

Wenn ja seit wann?: _____

Aktuelle Beschwerden (Symptome)

Weshalb kommen Sie gerade jetzt?

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam?

Internet Zeitung Flyer Bekannte Familie

(Bitte ankreuzen)

Aktuelle Lebenssituation:
Mit wem leben Sie zusammen?

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

Anzahl der Kinder : _____

Alter des/der Kindes/er: _____

Es bestehen folgende Probleme:

Leben Sie in gesicherten finanziellen Verhältnissen?

Ja _____ Nein _____

(Beschreiben Sie kurz dieses Verhältnis / Art und Weise)

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 in Ihrer Beziehung? Wenn ja welche?

Wie viele Geschwister haben Sie?

Ich habe keine Geschwister : _____

Anzahl der Brüder : _____ Alter: _____

Anzahl Schwestern : _____ Alter: _____

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?

Ja _____ Nein _____

Wie war die Ehe Ihrer Eltern, welche Atmosphäre herrschte zu Hause?

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? Ja _____ Nein _____

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

Täglich: _____

Ab und zu in der Woche: _____

Jeden Abend 1 – 2 Gläser: _____

Nur am Wochenende: _____

Auch auf der Arbeit: _____

Selten: _____

Nie: _____

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen? Wenn ja mit welchen?

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie? Wenn ja weshalb?

Was wollen Sie in der Therapie / im Coaching für sich erreichen?

Wie hoch schätzen Sie Ihre Therapiemotivation ein auf einer Skala von 1-10?

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 []

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:

- Ohrgeräuschen Schwindel Luftnot
Herzklopfen Druckgefühl Beklemmungsgefühlen
 Kloßgefühl im Hals Schwitzen Nervosität
 Unruhe Magenschmerzen Rückenschmerzen
 Menstruationsbeschwerden Kopfschmerzen Übelkeit

Hier dürfen Sie alles schreiben, was Ihnen sonst noch einfällt:
