

Privatpraxis Düsseldorf

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern sogleich zu Beginn die therapeutische Zusammenarbeit.

Es wird Sie interessieren, was mit dieser Information geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlicher Natur sind. Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender (weder nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt noch irgendwelche Institutionen) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“. Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung brauchen, schreiben Sie bitte auf den leeren Rückseiten weiter.

1. Angaben zur Person:

Datum:.....

Name/Vorname:

Geburtsdatum:.....

Gewicht:.....Größe:.....

Adresse:.....

Telefon privat:..... Arbeit:.....

Mobil:.....

E-Mail:.....

Staatsangehörigkeit:..... Muttersprache:.....

Krankenkasse/Kostenträger:.....

2. Lebenssituation

- Familienstand:**
- ledig
 - verheiratet/verpartnert seit (Jahreszahl)
 - ich bin mehrfach verheiratet gewesen (Male)
 - getrennt lebend/ geschieden seit (Jahreszahl)
 - verwitwet seit (Jahreszahl)
 - feste Partnerschaft seit (Jahreszahl)

Falls Sie eine(n) (Ehe-/Lebens-)Partner(in) haben: Wie alt ist er/sie?Jahre

Beruf des/der (Ehe-/Lebens-)Partners(in):

- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Ehe/Partnerschaft**
- Völlig zufrieden
 - Sehr zufrieden
 - Einigermaßen zufrieden
 - Etwas unzufrieden
 - Sehr unzufrieden
 - Völlig unzufrieden

- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Sexualeben?**
- Völlig zufrieden
 - Sehr zufrieden
 - Einigermaßen zufrieden
 - Etwas unzufrieden
 - Sehr unzufrieden
 - Völlig unzufrieden

- Kinder:**
- Ich habe (Anzahl) Kinder aus der jetzigen Partnerschaft
 - Ich habe (Anzahl) Kinder aus früheren Partnerschaften
- Im Haushalt lebende Kinder:
- Alter:Alter:Alter: Alter:Alter:
- Gesamtzahl Kinder:

Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):

- alleinlebend
- mit Eltern/ Elternteil
- mit Kind/ Kindern
- mit Partner/Partnerin
- mit Freunden/ Bekannten
- mit sonstigen Personen

Höchster erreichter Schulabschluss:

- kein Abschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschul-/ Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule
- (Fach-)Abitur
- Hochschulabschluss
- anderer Schulabschluss

Alter bei Schulbeginn: Jahre

Alter bei Verlassen der Schule : Jahre

3. Berufliche Tätigkeit
Erlerner Beruf:

.....

(derzeitig) ausgeübte Tätigkeit:

.....

- Angestellt/verbeamtet
- Selbstständig
- Freiberuflich
- Geringfügig beschäftigt
- Student(in) im Semester
- Sonstiges

Berufe, die Sie früher ausübten, bzw. Studienfächer und -orte in chronologischer Reihenfolge:
Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation/Ihrem Studium zufrieden?

- Völlig zufrieden
- Sehr zufrieden
- Einigermaßen zufrieden
- Etwas unzufrieden
- Sehr unzufrieden
- Völlig unzufrieden

Derzeitige Haupteinkommensquelle (bitte nur eine Antwort):

- Arbeitstätigkeit
- Unterstützung durch Eltern
- Unterhalt (Ehe-/Lebens-)Partner
- Arbeitslosengeld
- Rente
- BaföG (u.ä.)
- HartzIV/Sozialhilfe
- Sonstiges:.....

Erwerbstätigkeit (Mehrfachantworten möglich):

- Vollzeit
- Teilzeit
- Gelegentlich erwerbstätig
- In Ausbildung/Umschulung
- Hausfrau/-mann
- Student/-in
- Arbeits- bzw. erwerbslos
- Berentet
- Beschütztes Arbeiten (2. Arbeitsmarkt)

Arbeitsunfähigkeit/Krankschreibung aktuell: ja, seit Wochen Dauer nicht feststellbar nein

AU/krank in den letzten 12 Monaten: ja, insg..... Wochen Dauer nicht feststellbar nein

Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt: ja nein bisher nur darüber nachgedacht

Wie würden Sie Ihre finanzielle Lage beurteilen?

- gut mittelmäßig schlecht

4. Familiengeschichte

Vater: Geburtsjahr:

Beruf:

.....

Gesundheit:

.....

Falls verstorben, Ursache:

.....

Wann:

Mutter: Geburtsjahr:

Beruf:

.....

Gesundheit:

.....

Falls verstorben, Ursache:

.....

Wann:

Leidet ein Familienmitglied an psychischen Problemen wie z.B. Ängsten, Depressionen, Alkoholproblemen, Epilepsie, Psychosen, Schizophrenie, manisch-depressiver Erkrankung?

- Nein
- Ja, welche?

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

Gab es bei Ihrer Geburt Komplikationen?

- Nein
- Ja, welche traten auf?

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

Geschwister/Stiefgeschwister/Halbgeschwister und deren Alter:

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

Eigene Position in der Geschwisterreihe:

Wie würden Sie Ihre Kindheit und Jugend bezeichnen?

- Eher glücklich
- Eher unglücklich

Waren Sie als Kind/Jugendlicher häufiger krank als andere Kinder/Jugendliche?

- Nein
- Ja, Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

Geben Sie bitte an, welche folgenden Probleme in Ihrer Kindheit und Jugend aufgetreten sind (Mehrfachnennung möglich):

- Einsamkeit/wenig Freunde
- Schulische Probleme
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Schlafwandeln
- Bettnässen
- Daumenlutschen
- Ängste
- Aggressives Verhalten
- Alpträume
- Diebstahl
- Nägelkauen
- Stottern
- Andere Auffälligkeiten/belastende Erfahrungen:

.....

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste feste Partnerschaft und wie lange dauerte diese?

Alter: Jahre

Dauer:..... Monate

Tod von Angehörigen/wichtigen Bezugspersonen

..... Jahr Jahr

..... Jahr Jahr

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, geben Sie bitte an, von wem Sie während welchen Zeitraums erzogen wurden:

Erziehungsperson:

Zeitraum:

.....

.....

.....

.....

Vermitteln sie kurz einen Eindruck von der Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dem Haus, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie war der Kontakt zwischen Ihren Eltern, Ihren Eltern und Ihren Geschwistern sowie den Geschwistern untereinander?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ihre Stärken und Schwächen in der Schule:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Beschwerden

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung? ja nein
(ambulant oder stationär)

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? ja nein

Wenn Sie Ja angekreuzt haben, notieren Sie bitte auf der Rückseite, wann/wo/weswegen/Erfolg.

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden, deretwegen Sie zu uns gekommen sind, und seit wann Sie darunter leiden:

Beschwerde/Problem:

seit:

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

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

Wie stark fühlen Sie sich zurzeit insgesamt durch Ihr(e) Problem(e) belastet?

- Sehr stark
- Stark
- Mittelmäßig
- Wenig
- Gar nicht

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihr(e) Problem(e) besonders beeinträchtigt?

- Paarbeziehung
- Familiensituation
- Berufsausübung
- Finanzielle Situation
- Allgemeiner Bewegungsspielraum
- Körperliche Gesundheit
- Freizeitbereich
- Kontakt zu anderen Menschen
- Sonstige Bereiche:

Wann sind Sie das letzte Mal gründlich von einem Arzt untersucht worden?

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

Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit, oder sind bei Ihnen körperlicher Krankheiten bekannt?

- Nein
- Ja. Welcher Art sind diese Gesundheitsprobleme? Seit wann bestehen sie?

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

Hatten Sie bisher Krankenhausaufenthalte bzw. Operationen?

- Nein
 Ja. Nennen Sie den Anlass und Ihr jeweiliges Alter:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hatten Sie bisher Unfälle?

- Nein
 Ja. Nennen Sie den Anlass und Ihr jeweiliges Alter:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nur für Frauen: Sind Sie gegenwärtig schwanger?

- Nein
 Ja, im Monat
- Nein
 Ja

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen, einschließlich solcher Medikamente, die Sie gegen Ängste, Depression, Essprobleme (z.B. auch Abführmittel, appetithemmende Mittel etc.) oder wegen anderer psychischer Beschwerden einnehmen. Geben Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikaments, die Dosis (Menge) an und tragen Sie ein, seit wann Sie das Medikament jeweils nehmen.

| Medikament (Name) | Seit wann? | Dosis |
|-------------------|------------|-------|
| | | |
| | | |

.....
.....

An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol? Tag(en)

Wie viel Alkohol trinken Sie dann normalerweise an diesem/n Tag/en?

Was sind Ihre alkoholischen Lieblingsgetränke?

Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute hätten trinken sollen?

- Nein
- Ja

Wie viel Alkohol haben Sie damals getrunken und wann war das?

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

Sehen Sie in Ihrem derzeitigen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum ein Problem?

- Nein
- Ja

Waren Sie früher einmal alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängig?

- Nein
- Ja

Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos rauchen Sie pro Tag?

- 0

- 1-3
- 4-10
- 11-20
- Über 20

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen anderen Problembereichen. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie in den jeweiligen Bereichen keinerlei Schwierigkeiten haben.

Hatten Sie jemals einen Angstanfall*, bei dem Sie sich ganz plötzlich und unerwartet in panischen Schrecken versetzt fühlten oder panische Angst hatten, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben oder das Leben anderer bestand?

**Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus plötzlich einsetzender Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl einer drohenden Gefahr. Häufig geht damit Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag, Schwindel, Schwächegefühl, Kurzatmigkeit, Atemnot oder Schwitzen einher.*

nein ja

Gibt es Situationen oder Orte, in denen Sie aus anderen Gründen Angst haben oder die sie vermeiden, wie z. B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, geschlossene Räume oder Fahrstühle?

nein ja

Haben oder hatten Sie jemals Angst vor Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z. B. beim öffentlichen Sprechen oder Schreiben vor anderen, beim Essen vor anderen, in einer öffentlichen Toilette, bei Zusammenkünften, Parties, Diskussionen oder Gesprächen mit anderen Menschen?

nein ja

Gibt es sonst noch bestimmte Dinge, Situationen oder Tiere vor denen Sie sich fürchten (z. B. Hunde, Schlangen, Spinnen, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut oder Verletzungen)?

nein ja

Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen oder schlimmen Befürchtungen, z. B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?

nein ja

Gab es im letzten Monat eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig sehr niedergeschlagen, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?

nein ja

Gab es früher in Ihrem Leben (Kindheit, Jugend, junges Erwachsenenalter) schon mal eine solche Zeit/solche Zeiten?

nein ja

Haben Sie große Angst davor, dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich Sorgen um Ihre Figur und Ihr Körpergewicht?

- nein ja

Gab es eine Zeit, in der Sie viel weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in der Sie stark abgenommen hatten?

- nein ja

Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?

- nein ja

Haben Sie sich jemals durch Schneiden, Brennen, Ritzen etc. absichtlich selbst verletzt?

- nein ja

Was an Ihrem momentanen Verhalten, Ihren Gefühlen oder Ihren Beziehungen zu anderen würden Sie gerne ändern?

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

Was ist Ihr Behandlungswunsch/sind Ihre Erwartungen in unserer Psychotherapeutischen Praxis?

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

Vielen Dank für Ihre Antworten!

Falls noch Fragen offen sind, können Sie diese selbstverständlich mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten im Erstgespräch klären.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum Erstgespräch mit.