

Anamnesebogen

Warum soll ich den Fragebogen ausfüllen?

Die Absicht dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes Bild von der Umwelt zu bekommen, in der Sie leben und aufgewachsen sind.

Gleichzeitig werden Sie jedoch auch bemerken, dass Ihnen der Fragebogen Anregungen geben wird, sich tiefgreifend mit sich selbst und Ihren Problemen auseinanderzusetzen. Das Ausfüllen ist für Sie daher auch eine wertvolle „Selbsterfahrung“.

Wie genau fülle ich den Fragebogen aus?

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten Sie die Fragen dieses Fragebogens zu Hause, damit von Ihrer eigentlichen Behandlungszeit nicht zu viel verloren geht. Wenn sie eine Frage nicht beantworten möchten, dann schreiben Sie lediglich „uninteressant“.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur nächsten Sitzung mit in die Praxis.

Was geschieht mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Es ist verständlich, dass Sie sich darüber Gedanken machen, was mit all diesen sehr persönlichen Informationen geschieht. Dieser Fragebogen ist ebenso, wie alle Ihre Therapieunterlagen und persönlichen Informationen streng vertraulich! Kein Außenstehender (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen!

Vielen Dank für Ihre Auskünfte.

Allgemeines

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Vorname:.....

Geburtsort:.....

Plz, Ort:.....

Familienstand:.....

Straße:.....

Telefon:.....

Hausarzt:.....

Was ist der Anlass, warum Sie sich gerade jetzt zu einer psychotherapeutischen Behandlung entschlossen haben?

Veränderungswünsche und Erwartungen an die Therapie

Gibt es etwas in Ihrem gegenwärtigen **Verhalten**, das Sie gerne ändern möchten?

Welche **Gefühle** möchten Sie verändern (z.B. intensivieren oder abbauen)?

Was möchten Sie an Ihrem **Denken** verändern?

Welche äußeren Umstände möchten Sie in der nächsten Zeit verändern (z.B. Beruf, Wohnort)?

Was möchten Sie in der Therapie unter keinen Umständen?

Was kann die Therapie Ihrer Meinung nach für Sie tun und wie lange, glauben Sie, sollte die Therapie dauern?

Allgemeines seelisches Befinden

Unterstreichen Sie bitte alle folgenden Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen:

wertvoll; intelligent; attraktive; überlegt; ausgeglichen; humorvoll; lebensbejahend; freundlich; angenehmer Zeitgenosse; kompetent; selbstsicher; froh; fröhlich; liebenswert; unfähig; zu nichts zu gebrauchen; ein „Niemand“; wertlos; unzugänglich; „das Leben ist leer“; kreativ; liebenswert; dumm; inkompetent; naiv; „kann nichts richtig machen“; klug; erfolgreich; „es ist alles vergeblich“; Schuldgefühle; böse; moralisch verworfen; feindselig; schreckliche Gedanken; aggressiv; verzeihend; hilfreich; sanft; ängstlich; gehetzt; feige; kann sich nicht durchsetzen; ungeliebt; missverstanden; ruhelos; gelangweilt; Ärger; verwirrt; ohne Zuversicht; im Konflikt; voller Vorwürfe; „das Leben ist sinnlos“; „es hat ja doch keinen Zweck“; kann keine Arbeitsstelle behalten; finanzielle Probleme; kann keine Entscheidungen treffen; unfähig sich zu entspannen; schlechte häusliche Bedingungen; übertriebene Sorgen um andere

Daten über Ihren Beruf

Welche Schul-, Ausbildungs- und/oder Studienabschlüsse haben Sie?

Ihre bisherigen Tätigkeiten (wenn möglich mit Jahreszahlen):

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden (wenn nein, in welcher Beziehung sind Sie unzufrieden)?

Wie schätzen Sie Ihren Verdienst ein? zu wenig zu viel gerade angemessen

Welche beruflichen Ambitionen haben Sie in näherer Zukunft?

Welche beruflichen Ambitionen hatten Sie früher?

Partnerschaft

Wie lange sind Sie bereits mit Ihrem Partner zusammen?

Falls Sie verheiratet sind, wann war die Heirat?

Beruf und Beschäftigung des Partners:

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten die Persönlichkeit Ihres Partners:

In welchen Punkten harmonieren Sie mit ihm?

In welchen Punkten kommt es immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten?

Kinder

Wenn Sie keine Kinder haben, was ist der Grund?

Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum Ihrer Kinder an:

Hat eines der Kinder spezielle Probleme? Wenn ja, welche?

Welche Bedeutung haben die Kinder für Sie und Ihre Beziehung?

Eltern

Falls Ihr **Vater** noch lebt: Wie alt ist er und wie ist sein Gesundheitszustand?

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres **Vaters**:

Welche Bedeutung haben/hatten Sie für Ihren **Vater**?

Konnten Sie Ihrem **Vater** vertrauen (früher und heute)?

Haben Sie sich von ihrem **Vater** geliebt gefühlt und hat er Verständnis für Sie gezeigt?

In welcher Form wurden Sie von Ihrem **Vater** gestraft?

Gibt es etwas, was Sie immer von Ihrem **Vater** wollten, aber nie bekommen haben?

Falls Ihre **Mutter** noch lebt: Wie alt ist sie und wie ist ihr Gesundheitszustand?

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihrer **Mutter**:

Welche Bedeutung haben/hatten Sie für Ihre **Mutter**?

Konnten Sie Ihrer **Mutter** vertrauen (früher und heute)?

Haben Sie sich von ihrer **Mutter** geliebt gefühlt und hat sie Verständnis für Sie gezeigt?

In welcher Form wurden Sie von Ihrer **Mutter** gestraft?

Gibt es etwas, was Sie immer von Ihrer **Mutter** wollten, aber nie bekommen haben?

Elternhaus

Bitte zählen Sie auf, welche Geschwister Sie haben (mit Geburtsjahr):

Bitte schildern Sie die Beziehungen zu Ihren Geschwistern:

a) Früher:

b) Heute:

Wie war die Beziehung zwischen Ihren Eltern?

Leidet jemand aus Ihrer Familie unter Alkoholismus, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, unter Epilepsie oder Beschwerden, die man als „Geistesgestörtheit“ bezeichnen kann?

Gibt es andere Familienmitglieder, bei denen Ihnen irgendwelche Informationen über Krankheiten etc. wichtig erscheinen?

Informationen zu Ihrer religiösen Erziehung / Einstellung

Welches ist Ihre Religionszugehörigkeit?

Wie sieht Ihre religiöse Aktivität aus?

Wie sah Ihre religiöse Erziehung aus?

Wie wichtig ist Ihnen die Beschäftigung mit Religion, Gott und dem „Sinn des Lebens“?

Worin liegt für Sie der Sinn des Lebens?

Beschäftigen Sie sich mit esoterischen Themen, wie z.B. „Karma“, „Wiedergeburt“ etc.?

Selbstbeschreibung

Mit welchen Stichworten würden Sie sich selbst am treffendsten beschreiben?

Wie würde Ihr(e) Partner(in) Sie charakterisieren?

Wie würde Ihr bester Freund oder Ihre beste Freundin Sie beschreiben?

Informationen zu Ihrer bisherigen Selbsthilfe

Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen bisher ermöglichten, mit vergangenen Herausforderungen umzugehen?

Welche Möglichkeiten kennen Sie bereits, wie Sie sich selbst helfen können, und welche davon setzen Sie wirklich um?

Geben Sie bitte an, welche Beziehungen mit anderen Menschen Ihnen Freude machen, Ihnen gut tun oder Sie aufbauen.

Wann sind Sie so richtig froh und unbeschwert?

Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtigen Interessen, Hobbies und Tätigkeiten. Welch davon sind für Sie positiv?

Womit verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

Gab es bezüglich des Problems bereits andere Behandlungsversuche?

Jahr	Klinik oder Fachperson	Art der Behandlung	Resultat

Bei wem sind Sie momentan in ärztlicher oder psychologischer Behandlung?

Seit wann	Klinik oder Fachperson	Art der Behandlung	Resultat

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (bitte vollzählig auflisten)?		
Präparat	Dosierung	Seit wann?

Fragen zu einzelnen Problembereichen

1. Angst

Leiden Sie an unangemessen starken Ängsten? Ja Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 2 „Depression“

Worauf beziehen sich die Ängste?

Wie äußern sich die Ängste?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Ängste?

Wie gehen Sie damit um?

2. Depression

Leiden Sie an depressiver Verstimmung?

Ja Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 3 „Suizidalität“

Wie äußert sich die Depression?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen hat die Depression?

Wie gehen Sie damit um?

Gab es früher auch schon Phasen der Depression?

3. Suizidalität

Haben Sie derzeit oder hatten Sie in der Vergangenheit Suizidgedanken?

Ja Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 4 „Zwang“

Haben Sie konkrete Suizidideen?

Ja Nein

Haben Sie konkrete Vorbereitungen getroffen?

Ja Nein

Haben Sie bereits einen Suizidversuch unternommen?

Ja Nein

4. Zwang

Leiden Sie unter Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen?

Ja Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 5 „Alkohol“

Wie lauten die Inhalte der Zwangsgedanken?

Welche Zwangshandlungen führen Sie durch?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Zwänge?

Wie gehen Sie damit um?

5. Alkohol

Haben oder hatten Sie je Probleme mit Ihrem Alkoholkonsum?

Ja Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 6 „Drogen“

Beschreiben Sie Ihre Trinkgewohnheiten:

Seit wann bestehen diese Probleme?

Sind Sie wegen des Alkoholproblems bereits behandelt worden?

Ja Nein

Jahr	Klinik oder Fachperson	Resultat

6. Drogen

Konsumieren oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen konsumiert?

Ja

Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 7 „Verhaltensstörungen“

Name der Substanz	Zeitraum	Häufigkeit

7. Verhaltensstörungen

Leiden Sie unter Verhaltensgewohnheiten die Sie gerne ändern würden?

Ja

Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 8 „Schlaf“

Bitte erläutern Sie diese:

8. Schlaf

Leiden Sie an Schlafproblemen?

Ja

Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 9 „Partnerschaft und Familie“

Wie äußern sich die Schlafprobleme?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Schlafprobleme?

Wie gehen Sie damit um?

9. Partnerschaft und Familie

Leiden Sie an Problemen in Ihrer Partnerschaft oder Familie?

Ja

Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 10 „Körperliche Beschwerden“

Wie äußern sich die Probleme?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Probleme?

Wie gehen Sie damit um?

10. Körperliche Beschwerden

Leiden Sie an körperlichen Beschwerden oder Sorgen bezüglich Ihrer Gesundheit?

Ja

Nein

Wenn Nein, dann weiter mit Punkt 11 „Andere Probleme“

Wie äußern sich diese Beschwerden oder Sorgen?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Beschwerden oder Sorgen?

Wie gehen Sie damit um?

Gibt es medizinische Abklärungen und Befunde?

1. Andere Probleme

Leiden Sie an anderen, bisher nicht erwähnten Problemen, Sorgen oder Beschwerden?

Ja

Nein

Wie äußern sich diese Probleme, Sorgen oder Beschwerden?

Seit wann leiden Sie darunter? Gab es Auslöser?

Wie beeinträchtigen Sie diese Probleme, Sorgen oder Beschwerden?

Wie gehen Sie damit um?

Raum für zusätzliche Angaben