ANAMNESEBOGEN

Vertrauliche Unterlage
Nur für Klient u. Therapeuten

Liebe Klientin, lieber Klient,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Zusammenarbeit. Indem Sie ihn vollständig und sorgfältig ausfüllen, können Sie mir einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund und Ihrem Anliegen vermitteln. Fragebögen dieser Art sind für eine psychotherapeutische Begleitung notwendig, um die jeweiligen Probleme möglichst genau zu erfassen und sie dann umso gründlicher bearbeiten zu können. Selbstverständlich werden Ihre Informationen absolut vertraulich behandelt. Vielen Dank!

1. Informationen zur eigenen Person

Name …… Vorname .....

☐ alleinstehend ☐ in Partnerschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden seit .....

Adresse.....

Tel. …… Geburtsdatum .....

erlernter Beruf ..... jetziger Beruf ....

War das die gewünschte Ausbildung? ..... Sind Sie mit diesem Beruf zufrieden? .....

Arbeitsstelle.....

Krankenkasse ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Sonstige .....

Kinder (Vornamen, Geburtsjahr) .....

....

2. Angaben zur Herkunftsfamilie (Vorname, Geburtsjahr, Beruf, Todesjahr, -ursache)

Mutter..... .....

Vater .....

Stief- bzw. Adoptiveltern .....

andere wichtige Bezugspersonen .....

.....

Geschwister/Halbgeschwister (HG) .....

.....

.....

Ist von den Eltern, Großeltern, … jemand im Krieg gefallen oder fand einen gewaltsamen Tod? .....

.....

3. Beruflicher Werdegang

.....

.....

.....

.....

Was bedeutet Ihnen Ihr Beruf?..... .

.....

4. Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

.....

5. Welche körperlichen Beschwerden oder Erkrankungen haben Sie?

aktuell.....

früher .....

Sind Sie deshalb in Behandlung? ..... ☐ ja ☐ nein

Behandlungsform ....

bei wem? ....

....

Körperliche Erkrankungen in der Familie (Bitte Verwandtschaftsgrad und Art der Erkrankung angeben)..... .....

....

Stressempfinden: Wie gestresst sind Sie derzeit auf einer Skala von 1-10? .....

Was stresst Sie am meisten? ....

Wobei können Sie gut abschalten? ....

6. Welche Medikamente nehmen Sie?.....

.....

.....

.....

7. Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, weswegen .....

von ..... bis..... bei..... .....

von ..... bis..... bei..... .....

Art der Therapie .....

Ergebnis der Therapie .....

.....

8. Waren Sie je in einer psychiatrischen Klinik oder Sucht-Klinik? .....☐ ja ☐ nein

wenn ja, weswegen .....

Art der Therapie .....

Ergebnis der Therapie .....

.....

Leiden Sie unter Ess-Störungen (z.B.: Anorexie, Bulimie)? .....

9. Haben Sie psychosomatische Krankheiten (z.B. Magengeschwür, Neurodermitis, Reizdarm, Bluthochdruck usw.)? .....

.....

.....

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ ja ☐ nein

Einschlafstörungen? ☐ ja ☐ nein Durchschlafstörungen? ☐ ja ☐ nein

zu frühem Erwachen?☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich morgens schlechter als mittags oder abends? ☐ ja ☐ nein

10. Wie ist Ihr Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Zigaretten, Drogen, …) und Ihre Einstellung dazu?

Frühere Einstellung .....

Früherer Konsum .....

Heutige Einstellung .....

Heutiger Konsum .....

Bedeutsame Erlebnisse mit Suchtmitteln: .....

.....

11. Gab/gibt es auffällige psychische Probleme in Ihrer Familie?

(Bitte Verwandtschaftsgrad angeben und Art der Erkrankung)

.....

.....

.....

12. Was ist der Anlass, der Sie in die Praxis führt?

Ihr aktuelles Anliegen: .....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Ängste, wenn ja, wovor? .....

.....

Worin sehen Sie die Ursachen Ihrer momentanen Schwierigkeiten? .....

.....

Gibt es aus Ihrer Sicht jemand der dafür verantwortlich ist? .....

.....

Was können Sie aufgrund der Schwierigkeiten nicht mehr in Ihrem Leben? .....

.....

Wodurch bzw. in welchen Situationen erleben Sie Ihre Schwierigkeiten besonders deutlich? .....

.....

13. Wichtige Bezugspersonen/Beziehungen

Sind Sie momentan in einer Beziehung/Partnerschaft ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, beschreiben Sie Ihre aktuelle Beziehung/Partnerschaft

.....

.....

Wissen Ihre nächsten Bezugspersonen von Ihrer geplanten therapeutischen Arbeit?

☐ ja ☐ nein Warum/Warum nicht? .....

Sonstige momentan wichtige Beziehungen .....

.....

Frühere Beziehungen, Anzahl und Dauer .....

.....

Sind diese abgeschlossen oder gibt es noch offene Themen/Konflikte? .....

.....

Gibt es wiederkehrende Themen in Beziehungen?.....

.....

14. Herkunftsfamilie und Kindheit

Wie wurde in Ihrer Familie mit Aggressionen und Konflikten umgegangen?.....

.....

.....

Gab es Besonderheiten während Ihrer eigenen Schwangerschaft, bei der Geburt oder im ersten Lebensjahr? .....

Wenn ja, welche? .....

Beschreiben Sie Ihre Kindheit (Bei wem wuchsen sie in den ersten Jahren auf, wie war die Atmosphäre, was haben Sie geliebt, was vermisst, …).....

.....

.....

Wie war Ihre Schulzeit?.....

.....

Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Eltern? .....

.....

.....

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute? .....

.....

.....

Beschreiben Sie die Wesensart Ihrer Mutter .....

.....

Beschreiben Sie die Wesensart Ihres Vaters .....

.....

Wer war die dominierende Person in Ihrer Familie? Wie/Warum? .....

.....

Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit gelobt? .....

Wie getadelt? .....

Welche Aufmerksamkeit, Zuwendungen bekamen Sie in Ihrer Kindheit? Von wem?

.....

.....

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern zueinander? .....

.....

.....

Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern?.....

.....

.....

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern heute?.....

.....

.....

Falls Sie eigene Kinder haben, beschreiben Sie Ihre Beziehung, Gefühle zu Ihnen

.....

.....

15. Welche wichtigen Ereignisse gab es in Ihrem Leben?.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist jemand aus Ihrer Familie während Ihrer Kindheit oder Jugend verstorben? Wie alt war derjenige und wie alt waren Sie? .....

.....

.....

16. Alltagssituation und soziales Umfeld

Schildern Sie kurz Ihren typischen Tagesablauf .....

.....

Schildern Sie kurz ein typisches Wochenende.....

.....

Welche Vorlieben oder Hobbys haben Sie? .....

.....

Beschreiben Sie bitte Ihr soziales Umfeld (Freunde, Beziehungen, Kontakte)? .....

.....

.....

Wie sehen Sie Ihr Sexualleben?.....

.....

Wie ist Ihre finanzielle Situation? Wie bestreiten Sie ihr Leben?.....

.....

Wie ist die momentane Wohnsituation? .....

.....

Wann sind Sie bei Ihren Eltern ausgezogen? Wie häufig sind sie umgezogen? .....

.....

17. Persönlichkeit

Was sind Ihre Stärken, Ihre Schwächen .....

.....

.....

Wie selbständig oder abhängig erleben Sie sich? .....

.....

.....

Wovon träumen Sie? Was ist Ihre größte Sehnsucht, Wunsch? .....

.....

.....

Welche Einstellung haben Sie zu Religion und Spiritualität .....

.....

.....

18. Suizid

Hatten Sie schon Gedanken an einen Selbstmord ☐ ja ☐ nein

Wann zuletzt?.....

Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? .....

Was waren die Gründe
hierfür?.....

.....

19. Therapeutische Arbeit

Wie sollen sich am Ende der therapeut. Arbeit Ihre Lebensumstände verändert haben?.....

.....

.....

Wie finanzieren Sie die Therapie? .....

Haben Sie bereits eine Vorstellung davon, wie häufig Sitzungen stattfinden sollen? .....

.....

Was erscheint Ihnen noch wichtig zu sagen?

.....

.....

Ort, Datum: **Unterschrift Klient:**