

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre momentane Situation und Befindlichkeit einschätzen und einen geeigneten Therapieplan anlegen zu können:

Nachname.....Vorname.....

Straße.....PLZ..... Ort.....

E-Mail.....Geburtsdatum.....

Telefonnummer/n.....

Höchster Schulabschluss.....

Erlerner Beruf.....

Derzeitige berufliche Tätigkeit.....

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Liegen bestätigte psychische/psychiatrische Diagnosen vor- wenn ja, welche?
.....

Gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern), z.B. Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Autismus?
.....

Unternehmen Sie jemals Suizidversuche oder beschäftigen sich ernsthaft damit?
.....

Bislang erfolgte ambulante Psychotherapien

Jahr	Grund

Waren Sie schon in stationärer psychiatrischer Behandlung- wenn ja, weswegen?
.....

Haben Sie jemals Unfälle, Operationen oder Katastrophen beobachtet?
.....

Verheiratet seit...../geschieden/Waise/ledig?.....

Gibt es Beziehungs- oder Eheprobleme?
.....
.....

Erfahren Sie Unterstützung? Wenn ja, durch wen?
.....

Haben Sie Kindern- wenn ja, wie viele und in welchem Alter?

.....

Falls Sie Kinder haben, gibt es aktuell Probleme mit Ihren Kindern- wenn ja, welche?

.....

Sind Sie mit Ihrem Lebensumfeld (Beruf, Wohnung, Stadt, Nachbarn...) zufrieden?

.....

Haben Sie zur Zeit stabile Sozialkontakte?

.....

Schätzen Sie Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern heute ein (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihres Vaters (z.B. liebevoll, sorgte sich, ängstlich...)

.....

Gab/Gibt es Probleme mit dem Vater?

.....

Beschreiben Sie wesentliche Eigenschaften Ihrer Mutter (z.B. liebevoll, sorgte sich, ängstlich...)

.....

Gab/Gibt es Probleme mit der Mutter?

.....

Fühlen Sie sich abhängig von Ihren Eltern?

.....

Beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil während Ihrer Jugend (z.B. streng, religiös, nach Regeln, herzlich, chaotisch, kühl...)

.....

.....

Haben Sie sich zu Hause in Ihrer Jugend wohl gefühlt?

.....

Haben Sie Geschwister- und wenn ja, wieviele und mit welchem Altersabstand?

.....

Gab es Geschwisterrivalität?

.....

Gab es Mobbing, Schulprobleme, Polizeikontakt in der Jugend?

.....

Nennen Sie die Namen von 1-3 Personen (nicht Eltern), deren Verhalten Sie überhaupt nicht leiden können und die sie „nerven“:

.....

Betreiben Sie aktiv Sport?

.....

Wieviel Zeit verbringen Sie täglich mit elektronischen Medien (Computer, Smartphone, TV) Bitte eine ehrliche Angabe, ggf. in Stunden:

.....

Wieviel Alkohol trinken Sie täglich? (z.B. zwei Flaschen Bier, zwei Gläser Wein)

.....

Besondere Gewohnheiten

.....

Süchte

.....

Haben Sie Probleme mit Ihrer sexuellen Identität?

.....

Sind Sie mit dem, was Sie erreicht haben, zufrieden?

.....

Schätzen Sie Ihre Religiosität/Ihren Glauben ein (Skala von 1-10, aufsteigend für gut).....

Was wollen Sie in dieser Therapie erreichen? (Stichpunkte Ihrer Ziele) Diese Frage ist wichtig. Machen Sie sich hierüber ausreichend Gedanken.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie hoch schätzen Sie Ihre Therapiemotivation ein (Skala von 1-10, aufsteigend für gut)

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja [] Nein []

Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja [] Nein []

Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit? Ja [] Nein []

Haben Sie weniger Freude und Interessen? Ja [] Nein []

Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos? Ja [] Nein []

Zweifeln Sie an sich und haben Sie Angst zu versagen? Ja [] Nein []

Können Sie sich konzentrieren? Ja [] Nein []

Anamnesebogen Miriam Grimm Heilpraktikerin für Psychotherapie

Alle Angaben fallen unter die Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt

- 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? Ja Nein
- Haben Sie Gewichtsschwankungen Ja Nein
- Treiben Sie extrem viel Sport? Ja Nein

Leiden Sie manchmal unter:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräuschen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühlen |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit |

Wie groß sind Sie ?Wieviel wiegen Sie?.....

Ergänzende Anmerkung:

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift