

Anamnese

Jeder Mensch ist wie ein Bergwerk - von unschätzbarem Wert

Dieser Fragebogen hilft mir, einen Überblick über Ihren lebensgeschichtlichen Hintergrund, Ihre Gesundheit, Ihre derzeitige Situation und persönlichen Ziele zu erhalten. Aufgrund Ihrer Angaben und der daraus folgenden Analyse, erstelle ich mit Ihnen gemeinsam einen auf Sie zugeschnittenen Behandlungsplan. Durch das Beschäftigen mit den Fragen erhalten Sie (noch) tiefere Erkenntnisse über sich selbst, über die Entstehung, Einflüsse und Entwicklung Ihrer derzeitigen Situation. Beispielsweise können Lungenbeschwerden etwas mit tiefem Kummer zu tun haben, Ängste und nicht verarbeitete Trauer zu Depressionen führen. Jeder Mensch durchlebt Höhen und Tiefen, Freud und Leid. Probleme, Schwierigkeiten, Krankheiten und Krisen dienen uns letztendlich auch dazu, das zu verändern, womit es uns nicht gut geht, um zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein für ein sinnerfülltes Leben.

Alles was nach Außen geht, tut Innen nicht mehr weh

Während unserer Arbeit können Sie selbst Vieles ausprobieren - Hilfe zur Selbsthilfe.

Gesund ist nicht die Person, die keine Probleme, Konflikte oder Krankheiten hat, sondern diejenige, die angemessen damit umgehen kann. Dr. Nossrat Peseschkian

Darüber hinaus benötigt Ihr Versicherungsträger im Falle Sie eine Kostenerstattung beantragen, einen ausführlichen psychotherapeutischen Bericht über Ihre aktuellen Beschwerden und ihre Entstehung sowie über die Diagnose und die angewandte Therapie.

Alle Therapieunterlagen, Gesprächsprotokolle, Notizen und Informationen werden absolut vertraulich behandelt. Sollte es sinnvoll sein, Personen aus Ihrem Umfeld zur Behandlung hinzuzuziehen, geschieht dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst leserlich aus. Benutzen Sie gegebenenfalls für Ihre Antworten die Rückseite des Fragebogens und weitere Blätter.

Notieren Sie sich bitte Ihre Fragen und auch, welche Fragen Sie unsinnig finden, die ich gerne beantworte. Bitte bringen Sie vorhandene ärztliche und therapeutische Befundberichte zum nächsten Termin mit.

Nehmen Sie sich bitte genügend Zeit für die ehrliche Beantwortung der Fragen.

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihr Vertrauen, Ihre Offenheit und Mitarbeit.

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Nachname, Vorname/n: _____

Alias- und/oder Spitzname/n: _____

Geschlecht: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____ Geburtszeit: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon (erreichbar): _____

Mailadresse (erreichbar): _____

Kostenerstattung: ganz teilweise

Privatversicherung: Name und Kontaktdaten: _____

Beihilfe: Name Träger und Kontaktdaten: _____

Welchen Personen dürfen Auskunft gegeben werden? _____

2. Anlass der Behandlung und Ihre Symptome

Was sind die Gründe dafür, dass Sie sich in eine psychotherapeutische Behandlung begeben?

Beschreiben Sie möglichst kurz, aber konkret, die Sie derzeit am meisten belastenden **körperlichen** Beschwerden/Symptome und seit wann sie diese haben:

Beschreiben Sie möglichst kurz, aber konkret, die Sie derzeit am meisten belastenden **psychischen** Beschwerden/Symptome und seit wann sie diese haben:

Wenn Sie wegen Ihrer **jetzigen** Beschwerden in Behandlung sind (ärztlich, auch klinische, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, homöopathisch, sonstige): Geben Sie bitte Art der Behandlung, den Behandelnden* und die Telefonnummer an.

Welche Medikamente nehmen Sie wegen der **jetzigen** Beschwerden ein und seit wann?

Wenn Sie schon einmal wegen dieser Beschwerden in Behandlung waren: Was war es für eine Behandlung? Wann war das und wie lange hat sie gedauert?

Welche Vermutungen haben Sie darüber, womit Ihre Beschwerden zusammenhängen können, beispielsweise Schulzeit, berufliche Situationen, Partnerschaft, Kind/er, Ursprungsfamilie, Kindheit, eigene Familie?

Wie reagiert Ihr Umfeld auf Ihre Beschwerden? _____

In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich beeinträchtigt, beispielsweise Arbeit/Ausbildung, Haushalt/Alltagserledigungen, Familienleben/Partnerschaft, soziale Kontakte, Freizeit, körperliche Leistungsfähigkeit?

In welchen Situationen sind welche Ihrer Beschwerden besonders ausgeprägt?

Wann und wodurch bessern sich welche Beschwerden? _____

Wann und wodurch verschlechtern sich welche Beschwerden? _____

Was sind die Chancen welcher Beschwerden? _____

Welche besonderen Veränderungen/Ereignisse gab es in Ihrem Leben in den letzten zwei Jahren?

Was haben Sie bisher versucht selbst zur Linderung/Heilung beizutragen? _____

Sind Sie krankgeschrieben? ja nein

3. Angaben zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

Wann und unter welchen **schweren körperlichen** Beschwerden/Erkrankungen litten Sie in der Vergangenheit?

Wenn Sie in Behandlung waren: Welche war es und wie war das Ergebnis bei welchen Erkrankungen?

Welche Medikamente hatten deswegen Sie wie lange eingenommen? _____

Wann hatten Sie welche Operationen und welche sind geplant? _____

Wenn es Sie Abtreibungen oder Fehlgeburten hatten: Nennen Sie die Art und das Datum des Schwangerschaftsabbruches sowie die Anzahl:

Welche Besonderheiten gab es während Ihrer eigenen Schwangerschaft, bei der Geburt oder im ersten Lebensjahr?

Wann und unter welchen **schweren psychischen Beschwerden/Erkrankungen litten Sie in der Vergangenheit?**

Wenn Sie in Behandlung waren: Welche war es und wie war das Ergebnis bei welchen Erkrankungen?

Welche Medikamente hatten Sie deswegen wie lange eingenommen? _____

Wenn Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht haben: Was war der Anlass, welche Art der Therapie war es, wie lange dauerte sie, was hat Ihnen geholfen und was nicht:

4. Weitere Angaben zur Gesundheit

Haben Sie aktuell Suizidgedanken oder -absichten? ja nein

Wann hatten Sie Suizidversuche und aus welchem Grund/welchen Gründen? _____

Verletzen Sie sich selbst? ja nein manchmal oft

Wann und warum? _____

Wann fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten?

morgens mittags nachmittags abends nachts

Zu welchen Uhrzeiten? _____

Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten?

Frühling Sommer Herbst Winter

Wenn Sie unter Schlafstörungen leiden: Sind es

Einschlafstörungen?

Durchschlafstörungen? Wenn ja, wann wachen Sie meistens auf? _____

Wann wachen Sie meistens morgens auf? _____

Wann stehen Sie wochentags meistens auf? _____

Wann gehen Sie wochentags meistens schlafen? _____

Wenn Sie unruhig schlafen: Was wissen Sie über Ihre nächtlichen Aktivitäten? _____

Was können Sie kurz zu Ihren Träumen berichten? _____

Wenn Sie unter Essstörungen leiden: Welche sind das? _____

Wie ist Ihr Appetit?

sehr gut gut normal schlecht Ekel Heißhunger

Wonach haben Sie Verlangen bzw. was essen Sie besonders gerne? _____

Gegen welche Speisen/Genussmittel haben Sie eine Abneigung oder Ekel? _____

Wie viel nehmen Sie täglich an alkoholfreien Getränken zu sich? _____

**Wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken, Drogen, Medikamente einnehmen, Zigaretten/
Zigarillos/Pfeife rauchen, Kaffee trinken, Süßigkeiten essen: Welches Suchtmittel nehmen
Sie wie viel, wie oft, seit wann zu sich?**

**Wenn Sie Suchtmittel konsumieren: In welchen Situationen greifen Sie zu welchen
Suchtmitteln?**

**Wenn Sie bereits Aufenthalte in einer Suchtklinik hatten: Wegen welcher Sucht und mit
welchem Ergebnis wurden Sie entlassen?**

Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?

ja nein manchmal oft

Leiden Sie darunter, nichts behalten zu können?

ja nein manchmal oft

An welchen **schweren psychischen** Erkrankungen leidet oder litt Ihre Mutter? _____

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter/Stief-, Pflege- Adoptivmutter in der **Kindheit**?

Mutter sehr gut gut geht so schlecht

Stiefmutter sehr gut gut geht so schlecht

Pflegemutter sehr gut gut geht so schlecht

Adoptivmutter sehr gut gut geht so schlecht

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter/Stief-, Pflege- Adoptivmutter **heute**?

Mutter sehr gut gut geht so schlecht

Stiefmutter sehr gut gut geht so schlecht

Pflegemutter sehr gut gut geht so schlecht

Adoptivmutter sehr gut gut geht so schlecht

Angaben noch zu Ihrem Vater

Welche Staatsangehörigkeit hat/te Ihr Vater? _____

Wie alt war Ihr Vater bei Ihrer Geburt? _____

Welchen Beruf hat/te Ihr Vater? _____

Beschreiben Sie kurz den Charakter Ihres Vaters: _____

An welchen **schweren körperlichen** Erkrankungen leidet oder litt Ihr Vater? _____

An welchen **schweren psychischen** Erkrankungen leidet oder litt Ihr Vater? _____

Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater/Stief-, Pflege- Adoptivvater in der **Kindheit**?

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Stiefvater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Pflegevater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Adoptivvater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem Vater/Stief-, Pflege- Adoptivvater **heute**?

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Stiefvater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Pflegevater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Adoptivvater | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |

Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern/Stief- und Halbgeschwistern in der **Kindheit**?

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Halbgeschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern/Stief- und Halbgeschwistern **heute**?

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
| <input type="checkbox"/> Halbgeschwister | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |

Beschreiben Sie kurz den Charakter Ihrer Geschwister:

Vorname/n:

Wie ist der Familienstand Ihrer Eltern/Stief-, Pflege- Adoptiveltern, wenn beide noch leben?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zusammenlebend | <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> geschieden" |
|---|--|--------------------------------------|

Wie ist heute die Beziehung Ihrer Eltern/Stief-, Pflege- Adoptiveltern zueinander?

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> geht so | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

Kreuzen Sie bitte auf der Skala an wie die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus war? 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Angaben zu Ihrer Kindheit/Jugend

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, wie glücklich Ihre Kindheit war. 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wenn Sie nicht mit beiden Elternteilen aufgewachsen sind:

Haben Sie regelmäßig den anderen Elternteil gesehen? ja nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Nennen Sie bitte andere wichtige Bezugspersonen in Ihrer Kindheit: _____

Von wem bekamen Sie welche Aufmerksamkeit, Zuwendungen? _____

Wenn alle Kinder nicht gleichbehandelt wurden: Warum nicht? _____

Bitte beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil Ihrer Eltern (Regeln, Belohnungen, Bestrafungen/Gewalt, Freiheiten, sexueller Missbrauch, Werte): _____

Haben Sie Ihre Familie in Ihrer Kindheit als unterstützend empfunden? ja nein

Was haben Sie in Ihrer Kindheit vermisst? _____

Wie war Ihre Gesundheit in der Kindheit? _____

Was waren die schönsten Ereignisse in Ihrer Kindheit/Jugend?

Was waren die schlimmsten Ereignisse in Ihrer Kindheit/Jugend?

7. Angaben zu Ihrer schulischen und beruflichen Entwicklung

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____

Derzeitiger Arbeitgeber: _____

Einsatzort: _____ Arbeitszeit _____ Stunden/Woche

Sind Sie in diesem Beruf zufrieden? ja nein

Was waren die schönsten Ereignisse in Ihrer Schulzeit?

Was waren die schlimmsten Ereignisse in Ihrer Schulzeit?

Was waren wichtige positive und negative Situationen in Ihrem Beruf? _____

8. Angaben zu Ihren gegenwärtigen Beziehungen: Ehe/eigene Familie oder Lebensgemeinschaften

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, wie Sie Ihre derzeitige Partnerschaft empfinden: 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Denken Sie manchmal daran sich zu trennen? sehr oft oft manchmal nie

Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Partner*? _____

Welche Eigenschaften stören Sie an Ihrem Partner? _____

Wie viel Zeit nehmen Sie sich für Ihre Beziehung? _____

Was unternehmen Sie gemeinsam? _____

Wenn Ihr Sexualleben nicht o.k. ist, was müsste anders sein? _____

Was ist bezüglich Ihrer früheren Beziehungen mit wem noch zu klären? _____

Welche wiederkehrenden Themen gibt es in Ihren Beziehungen? _____

Wie ist Ihr Familienstand?

nicht verheiratet/allein verheiratet/Lebensgemeinschaft seit: _____

geschieden seit: _____ verwitwet seit: _____

getrennt lebend seit: _____ mit festem Partner seit: _____

Wenn Sie verheiratet sind/in Lebensgemeinschaft leben: Ist es die

1. Ehe 2. Ehe 3. Ehe 4. Ehe 5. Ehe?

**Welche Personen gehören zu Ihrer eigenen Familie (Eltern/Stief-, Pflege- Adoptiveltern)?
Nennen Sie deren Vorname/n, das Geburtsjahr sowie zutreffend, auch das Todesjahr und die
Todesursache:**

Wie ist die Beziehung zu Ihren eigenen Kindern?

sehr gut gut geht so schlecht

Wenn Sie Stiefkinder/Adoptivkinder haben, wie ist Ihre Beziehung zu ihnen?

sehr gut gut geht so schlecht

Lebt Ihr Kind/leben Ihre Kinder noch mit Ihnen im Haushalt? Wenn nein, wo lebt das Kind/leben die Kinder?

Fühlt sich jede Person in der Familie wohl?

Wenn nein: Wer fühlt sich nicht wohl und warum nicht? _____

Welche Beschäftigungen/Unternehmungen gibt es mit Ihrer Familie in der Freizeit?

9. Angaben zu Ihren sozialen Kontakten

Sind Sie lieber allein? ja nein manchmal oft

Wie viele Freunde* haben Sie? _____

Mit welchen Personen pflegen Sie Kontakte? _____

Wie oft haben Sie Kontakt zu diesen Personen (in der Woche/im Monat/im Jahr)?

Welche Schwierigkeiten gab/gibt es mit Ihren Mitschülern*? _____

Welche Schwierigkeiten gab/gibt es mit Ihren Lehrern*? _____

Welche Schwierigkeiten gab/gibt es mit Ihren Kollegen*? _____

Welche Schwierigkeiten gab/gibt es mit Ihren Vorgesetzten*? _____

Auf welche Personen können Sie sich verlassen? _____

10. Weitere Angaben zu Ihnen selbst und zu Ihrer Persönlichkeit

Glauben Sie, hochsensibel zu sein? ja nein

Wie beschreiben Sie kurz Ihren Charakter? Ich bin: _____

Welche Fähigkeiten/Talente/Interessen/Hobbies haben Sie? _____

Welche Schwächen haben Sie? _____

Welche Stärken haben Sie eingesetzt, die es Ihnen bisher ermöglichten, mit den vergangenen Herausforderungen umzugehen?

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, wie zufrieden Sie mit Ihrer Wohnungssituation sind: 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, wie Sie mit Ihrem Geld auskommen: 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, welche Rolle Religion/Spiritualität in Ihrem Leben spielt: 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erleben Sie mehr Selbstbestimmung oder Abhängigkeit? _____

Kreuzen Sie bitte in der Skala an, wie hoch allgemein Ihr Stresslevel ist: 10 ist der höchste Wert.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was sind die Hauptstressoren? _____

Womit befassen Sie sich besonders gerne und/oder häufig in Ihrer freien Zeit? _____

Wie bewegen Sie sich, mit wie viel Zeit in der Woche (z. B. Fahrradfahren, Fitness, Gartenarbeit, Gymnastik, Spaziergehen, Tanzen, Yoga, anderes)?

Welchen Tätigkeiten können Sie sich kaum entziehen (Essen, Sex, Spielen, Sport, andere)?

Wenn Sie Erfahrungen mit übersinnlichen Fähigkeiten, wie Stimmenhören, Hellsichtigkeit, Helffähigkeit oder anderen haben, welche sind das?

Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihnen Gedanken eingegeben werden, andere Ihre Gedanken lesen oder sich Ihre Gedanken ausbreiten können: Was ist es?

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Jemand bei Ihnen ist, ohne dass Sie die Person sehen?

ja

nein

Wie können Sie entspannen und auftanken?

Was können Sie nicht ausstehen?

Wenn Sie sich nicht wohl in Ihrer Haut fühlen: Was stört Sie?

Welche Ängste, Befürchtungen, Sorgen haben Sie?

Wenn Sie Aggressionen, Wut, Verzweiflung spüren, wie gehen Sie damit um?

Wenn auf nichts und niemanden Rücksicht nehmen müssten, welchen Traum würden Sie gerne leben wollen?

Was möchten Sie in Zukunft noch machen (Ihr Traum, Ihre Sehnsucht, Ihre Wünsche/Bedürfnisse)?

Wie gestaltet sich ein typischer Tagesablauf? _____

Wie gestaltet sich ein typisches Wochenende? _____

Welche wichtigen Verluste/Todesfälle gab es (noch) in Ihrem Leben von Menschen, Tieren, Gegenständen, Arbeitsplatz- oder Wohnungsverlust? Welche waren es? Wann war es? Wie war die Todesursache:

Für die Therapie wichtige Themen sind Ihrer Meinung nach? _____

Was würden Sie gerne an Ihrem Verhalten ändern und was hindert Sie noch?

Welche Erwartung/en haben Sie an mich als Therapeutin? _____

Was möchten Sie noch mitteilen? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Liebe ist das Einzige was wächst, je mehr wir es verschwenden. Ricarda Huch

* Die männliche Schreibweise dient der Vereinfachung und gilt für alle Geschlechter.

Stand: 01.01.2022 Regine Haase