Anamnesebogen

Die Informationen, die Sie mir in diesem Fragebogen geben, sind sowohl für die Planung der Therapie als auch für den Antrag an den Gutachter im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bei Ihrer Kostenerstattungsstelle notwendig.

Der Fragebogen ersetzt nicht das persönliche Gespräch, verbleibt in der Praxis (wird nicht an die Kostenerstattungsstelle weitergeleitet) und unterliegt dem Datenschutz.

# 1. PROBLEME, BESCHWERDEN, SYMPTOME

Bitte beschreiben Sie alle Probleme, die bei Ihnen zur Zeit einen Leidensdruck auslösen und wie Sie dadurch in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt werden.

|  |
| --- |
|  |

Wann sind Ihnen diese Probleme zum ersten Mal aufgefallen?

|  |
| --- |
|  |

Beschreiben Sie kurz, wie es zu den Beschwerden kam und wie sie sich entwickelt haben.

|  |
| --- |
|  |

Hatten Sie früher schon ähnliche Probleme und wie alt waren Sie da? Beschreiben Sie diese Probleme.

|  |
| --- |
|  |

Waren Sie wegen dieser Probleme schon einmal in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja: wann? wo? ambulant? Stationär? psychiatrisch? psychotherapeutisch?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie unter schweren Krankheiten gelitten (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herzinfarkt) oder hatten Sie einen schweren Unfall?

|  |
| --- |
|  |

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja: Nennen Sie bitte Präparat, Dosis, Einnahmehäufigkeit und subjektive Verträglichkeit.

|  |
| --- |
|  |

Wie kam es dazu, dass Sie sich gerade jetzt in psychotherapeutische Behandlung begeben haben?

|  |
| --- |
|  |

Wie haben Sie bisher versucht, Ihre oben geschilderten Probleme zu bewältigen?

|  |
| --- |
|  |

Welche Vermutung haben Sie, wie Ihre Probleme entstanden sein und womit sie zusammenhängen könnten?

|  |
| --- |
|  |

Bitte beschreiben Sie Ihre Erwartungen, die Sie in die Therapie setzen und was sich durch die Therapie ändern soll, so genau wie möglich:

|  |
| --- |
|  |

# 2. HERKUNFTSFAMILIE

Ihre Mutter:

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort |  |
| Schulabschluss |  |
| Beruf |  |
| Einige Charakteristika |  |
| Was sonst wichtig ist |  |

Ihr Vater:

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort |  |
| Schulabschluss |  |
| Beruf |  |
| Einige Charakteristika |  |
| Was sonst wichtig ist |  |

Wie haben Sie die Beziehung zwischen Ihren Eltern als Kind erlebt? Wie erleben Sie die Beziehung heute?

|  |
| --- |
|  |

Wie war Ihre Beziehung zu Ihren Eltern in Ihrer Kindheit?

|  |
| --- |
|  |

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie Geschwister? Wenn ja: wie viele, in welchem Altersabstand?

|  |
| --- |
|  |

Wie war die Beziehung zu Ihren Geschwistern in der Kindheit?

|  |
| --- |
|  |

Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern heute?

|  |
| --- |
|  |

Zum wem hatten Sie in Ihrer Kindheit die vertrauensvollste Beziehung?

|  |
| --- |
|  |

Gab es andere Personen, die in Ihrer Kindheit für Sie wichtig waren?

|  |
| --- |
|  |

Gab es in Ihrer Kindheit wichtige Ereignisse oder Probleme?

|  |
| --- |
|  |

Mussten Sie in Ihrer Kindheit Gewalt erfahren? Wenn ja: durch wen?

|  |
| --- |
|  |

Wie empfinden Sie Ihre Kindheit rückblickend?

|  |
| --- |
|  |

# 3. SCHULISCHER UND BERUFLICHER WERDEGANG

Bitte schildern Sie Ihren schulischen und beruflichen Werdegang mit Daten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule/Ausbildung/ Studium | von | bis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wie waren Ihre schulischen Leistungen?

|  |
| --- |
|  |

Wie waren Ihre Kontakte zu Mitschülern und Lehrern während Ihrer Schulzeit?

|  |
| --- |
|  |

Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt?

|  |
| --- |
|  |

Wie haben Sie Ihre Ausbildungszeit/Ihr Studium erlebt?

|  |
| --- |
|  |

Was ist Ihnen während der Schule/der Ausbildung/des Studiums besonders leicht gefallen?

|  |
| --- |
|  |

Welcher Tätigkeit gehen Sie derzeit nach?

|  |
| --- |
|  |

Wenn Sie Ihre berufliche Tätigkeit schon einmal gewechselt haben: Was waren die Gründe hierfür?

|  |
| --- |
|  |

# 4. GEGENWÄRTIGE BEZIEHUNG

Führen Sie derzeit eine Partnerschaft? Wenn ja: Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

Wie alt ist Ihr/e Partner/in?

|  |
| --- |
|  |

Wie würden Sie Ihre Partnerschaft beschreiben?

|  |
| --- |
|  |

Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Partner?

|  |
| --- |
|  |

Und welche Eigenschaften schätzen Sie eher weniger an Ihrem Partner?

|  |
| --- |
|  |

Welche Eigenschaft schätzt Ihr Partner Ihrer Meinung nach an Ihnen?

|  |
| --- |
|  |

Und welche Eigenschaften schätzt Ihr Partner Ihrer Meinung nach eher weniger an Ihnen?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie Kinder? Wenn ja: wie viele und wie alt sind diese?

|  |
| --- |
|  |

Wenn Sie Kinder haben: Wie ist Ihre Beziehung zu diesen?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie Freunde oder Verwandte, die Sie in Krisensituationen unterstützen?

|  |
| --- |
|  |

Wie lange liegt Ihre letzte Partnerschaft zurück?

|  |
| --- |
|  |

# 5. WEITERE WICHTIGE LEBENSEREIGNISSE

Sind haben bisher einige Fragen beantwortet – vielen Dank dafür! Gibt es weitere wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die bisher nicht erwähnt wurden?

|  |
| --- |
|  |

# 6. STÄRKEN

Worin sehen Sie Ihre Stärken?

|  |
| --- |
|  |

Welchen Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer Freizeit gerne nach und weshalb genau diesen?

|  |
| --- |
|  |

Gibt es Beschäftigungen, denen Sie früher nachgegangen sind und die Sie gerne wieder aufnehmen möchten?

|  |
| --- |
|  |

Was schätzen gute Freunde an Ihnen?

|  |
| --- |
|  |

Gibt es Orte, an denen Sie zur Ruhe kommen und Kraft tanken können?

|  |
| --- |
|  |