

## Anamnesebogen

Mit diesem Fragebogen möchten wir einen Überblick über Ihre persönliche Situation sowie die von Ihnen geschilderten Probleme bekommen. Beantworten Sie deswegen bitte die folgenden Fragen so präzise und ausführlich wie möglich. Sie erleichtern dadurch Ihrer/m behandelnden Therapeuten das Verständnis für Ihre spezielle Problematik sowie die Planung Ihrer Psychotherapie.

Die angeführten Fragen dienen der Vorbereitung des Aufnahmegespräches. Im Aufnahmegespräch wird ggf. auf verschiedene Aspekte nochmals eingegangen, so dass Sie auch die Möglichkeit haben, Ihre Angaben zu ergänzen oder zu korrigieren. Einige der Fragen beziehen sich direkt auf das von Ihnen geschilderte Problem, die anderen betreffen u. a. Ihre persönliche sowie soziale und berufliche Lebenssituation. Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen evtl. nicht beantworten wollen, so geben Sie dies bitte an.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt, kein Außenstehender erhält ohne Ihre Einwilligung Zugang zu Ihren Daten. Wir unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Vielen Dank!

**Angaben zur Person**

**Datum:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: (wann am besten telefonisch erreichbar)

E-Mail Adresse:

Dürfen wir Sie per Email kontaktieren?

Kontaktperson:

Besteht eine rechtliche Betreuung?

Geschlecht:  weiblich  
 männlich

Krankenversicherung:

Wie sind sie auf unsere psychiatrische Tagesklinik aufmerksam geworden  
(z. B. Vermittlung durch den Hausarzt etc.)?

---

Familienstand:  ledig  
 fester Partner, zusammenlebend  
 fester Partner, nicht zusammenlebend  
 verheiratet, zusammenlebend  
 verheiratet, getrennt lebend  
 geschieden  
 verwitwet

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder?  ja  nein

Wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_

Mit wem wohnen Sie gegenwärtig in Ihrem Haushalt zusammen?

---

Bitte geben Sie an, welchen Schulabschluss Sie bisher erreicht haben:

- Hauptschule ohne Abschluss
- Hauptschule mit Abschluss
- Mittlere Reife oder Vergleichbares
- Fachschule
- Fachhochschulreife
- Gymnasium ohne Abschluss
- Abitur ohne Studium oder Vergleichbares
- Studium ohne Abschluss
- Studium mit Abschluss
- Sonstiges

Welche Berufsausbildung/welches Studium haben Sie abgeschlossen?

---

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus?

seit \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

Bestehen Schulden? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Berufswechsel und frühere Tätigkeiten an: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Krankheitsgeschichte/frühere Behandlungen**

Hatten sie im Kindes- und Jugendalter besondere Erkrankungen?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja,

welche: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie an, welche chronischen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen Sie haben oder hatten (evtl. mit ungefährender Zeitangabe und Dauer):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie häufig waren Sie in den vergangenen 12 Monaten beim Arzt?

\_\_\_\_\_

Welches waren die Beschwerden, mit denen Sie zum Arzt gegangen sind?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie z. Zt. in regelmäßiger Behandlung

- Arzt/Ärztin, bei wem \_\_\_\_\_
- Psychotherapeut/in, bei wem \_\_\_\_\_
- Astrologe/in, bei wem \_\_\_\_\_
- Heilpraktiker/in, bei wem \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie lange, weshalb?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie z. Zt.

- krankgeschrieben
- arbeitsunfähig
- erwerbsunfähig?

Wenn ja, weshalb?

---

Gab es Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik?

Ja                       Nein

Wenn ja, wo, wann, wie lange

weshalb? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Biographische Angaben</b>
------------------------------

### 2.1. Biographische Anamnese

Der Lebenslauf soll helfen, sich ein Bild von Ihrem bisherigen Leben zu machen. Äußere Ereignisse sind zwar wichtig, stehen aber nicht im Zentrum. Im Zentrum steht mehr, was diese äußeren Ereignisse in Ihnen bewirkt haben.

**Lebensgeschichte Ereignisse:** Bitte schildern sie wichtige, angenehme und unangenehme Ereignisse / Erlebnisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

**0-3 Jahre** (Besonderheiten bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung wie laufen, sprechen, sauber werden, Spielverhalten, trotzen, Nachtangst, Lutschen, Schlafwandeln, einnässen, Nägel kauen, stottern, Kinderkrankheiten, Unfälle , sonstige Erkrankungen, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen?).

**3-5 Jahre** (Kindergarten, Beziehung zu Erziehern/Kindern, Umzüge, Bezugspersonenwechsel, früheste Kindheitserinnerungen, was waren Sie für ein Kind – Selbstbeschreibung).

**6-10 Jahre** (Einschulung, Beziehung zu Mitschülern/Lehrern, Schulleistungen, soziales Verhalten)

**10-15 Jahre** (Pubertätsprobleme, erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, soziales Verhalten/Beziehungen zu Erwachsenen, Gleichaltrigen, zum anderen Geschlecht)

**15-20 Jahre** (z. B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht)

**20-25 Jahre** (z. B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung)

**Ab dem 25. Lebensjahr:**

**Herkunftsfamilie**

Alter der Mutter.....

Bei der Geburt:.....Beruf.....

Falls verstorben: Jahr.....Todesursache.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitigen Beziehung während Ihrer Kindheit:

Prägende Erlebnisse mit der Mutter, typische Sätze, Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge).

Wie erleben Sie heute als Erwachsener die Beziehung zu Ihrer Mutter?

Angaben zur Familie der Großeltern mütterlicherseits:

Alter des Vaters.....

Bei der Geburt:.....Beruf.....

Falls verstorben: Jahr.....Todesursache.....

Beschreiben sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit:

Prägende Erlebnisse mit dem Vater, typische Sätze, Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge).

Wie erleben Sie heute als Erwachsener die Beziehung zu Ihrem Vater?

Angaben zur Familie der Großeltern väterlicherseits:

Geschwister:

Beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Geschwistern:

Name	Alter	früher	heute
------	-------	--------	-------

Falls Geschwister verstorben, bitte angeben, falls die Mutter Schwangerschaftsabbrüche, Fehl- oder Frühgeburten hatte, bitte diese ebenfalls angeben.

Andere Bezugspersonen, die für Sie in Ihrer Kindheit/Jugend eine besondere Bedeutung hatten (Großeltern, Nachbarn, Tanten, Freunde....)

Wie erleben Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie (z. B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich)?

Wie haben Sie die Ehe der Eltern erlebt? Ggf. Ihr Alter bei Scheidung der Eltern:

Sind in Ihrer Familie folgende Beschwerden oder Erkrankungen aufgetreten?

- Probleme mit Alkohol
- Probleme mit Medikamenten oder Drogen
- Depressionen
- Schizophrenie
- Ängste
- Selbstmord
- Selbstmordversuche
- Behinderung oder schwere körperliche Erkrankung
- andere

Wenn Ja, geben Sie bitte an, welcher Art die Beschwerden waren und bei wem sie aufgetreten sind:

---

---

Geben Sie bitte in folgender Tabelle Auskunft über Ihre Schullaufbahn:

Jahr von.....bis...	Schultyp	In welcher Klasse abgegangen, bzw. welchen Abschluss erreicht

Bitte geben Sie in zeitlicher Reihenfolge an, welche beruflichen Ausbildung Sie mit welchem Erfolg abgeschlossen haben:

Jahr von.....bis...	Art der Ausbildung	Abgebrochen, bzw. mit welcher Qualifikation abgeschlossen?

Bitte geben Sie in zeitlicher Reihenfolge an, welche beruflichen Tätigkeiten Sie bisher ausgeübt haben:

Jahr von.....bis...	bei	Ausgeübte Funktion, bzw. Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub

**Sexualität, Partnerschaft, Familie, Kinder:**

**Sexualität**

Beschreiben Sie Ihre eigene sexuelle Entwicklung und Einstellung

Einstellung Ihrer Eltern/Geschwister gegenüber Sexualität

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten, Grenzüberschreitungen oder Missbrauch in Ihrer Familie?

**Partnerschaft**

Alter des Partners.....Schulabschluss:.....

Beruf:.....

Befreundet seit:.....verheiratet seit:.....

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

Weniger gut?

Haben sich Ihre Erwartungen an die Partnerschaft im Großen und Ganzen erfüllt oder sind Sie enttäuscht? Was denken Sie, was die Gründe dafür sind?

Bitte zählen Sie noch frühere Partnerschaften auf und deren Dauer:

**Kinder**

Name	Geschlecht	Alter	Kindergarten/Schule/Beruf
------	------------	-------	---------------------------

Beziehung zu den Kindern, spezielle Probleme/Erziehungsschwierigkeiten, Ihre Stärken und Schwächen, Beziehung der Kinder untereinander:

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes?

<b>Persönliches Befinden</b>
------------------------------

Wie fühlen Sie sich zurzeit?

---

---

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit (Hobbys, Freunde etc.)

---

---

Mit wie vielen Freunden oder Bekannten (ca.) haben Sie sich in den letzten vier Wochen getroffen oder gemeinsam etwas unternommen?

---

---

Hat sich daran was geändert?

---

---

Was können Sie gut? Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

---

---

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

---

---

Wie zufrieden sind Sie aktuell

- Mit Ihrem Beruf bzw. mit der Tatsache, keinen zu haben?

---

---

- Mit Ihrer Partnerschaft (bzw. mit der Tatsache, keine zu haben)?

---

---

- Mit Ihrem Familienleben bzw. mit der Tatsache, keines zu haben?

---

---

- Mit Ihrer Freizeit?

---

---

Haben Sie Zeiten erlebt, in denen Sie traurig, niedergeschlagen oder hoffnungslos waren, in denen Ihnen der Antrieb fehlte, Dinge zu tun oder in denen Sie gleichgültig gegenüber Ihren Tätigkeiten waren?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielten diese Beschwerden an?

---

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Haben Sie Zeiten erlebt, in denen Sie besonders viel Energie hatten, in denen Sie deutlich aktiver und unternehmungslustiger als Ihre Mitmenschen waren?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Fällt es Ihnen z. B. im Gespräch schwer, bei der Sache zu bleiben und verlieren Sie häufiger mal den „roten Faden“?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Haben Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken und vergessen Sie zurzeit viel?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Hatten Sie jemals in Ihrem Leben einen Angstanfall, bei dem Sie plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Hatten Sie jemals Angst, allein das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Hatten Sie schon einmal Angst davor oder war es ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie schon einmal besonders Angst hatten, wie z. B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wovor hatten Sie Ängste?

---

Wenn ja, wann war das und wie lange dauerte es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Haben Sie Zeiten erlebt, in denen Sie manche Gedanken immer wiederholen mussten, obwohl Sie das eigentlich nicht wollten? Oder haben Sie häufiger den Impuls gehabt, bestimmte Dinge zu tun, obwohl Sie sich davor fürchteten? Mussten sie evtl. bestimmte Dinge immer wieder tun, obwohl Sie das eigentlich für unsinnig hielten, z. B. in einer bestimmten Art und Weise zählen, saubermachen etc.?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das, wie lange hielt es an und in welcher Art und Weise waren diese Gedanken/Impulse oder Handlungen?

---

---

Wie sieht es z. Zt. diesbezüglich aus?

---

Wie sieht es zurzeit mit dem Schlafen aus? Haben sie Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen? Brauchen Sie länger als 20 Minuten?

Ja                       Nein

Wachen Sie morgens sehr frühzeitig auf? 2 Stunden vor der eigentlichen Zeit?

Ja                       Nein

Haben Sie Zeiten erlebt, in denen Sie Probleme mit dem Essen hatten (z. B. zu wenig gegessen, viele Heißhungerattacken, o. ä.)?

Ja                       Nein

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an? Um welche Art von Problemen handelte es sich dabei?

---

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Kommt es schon einmal vor, dass andere Menschen sagen, Sie seien zu dünn?

Ja             Nein

Haben Sie irgendwelche Schmerzen oder andere sogenannte Missempfindungen?

Ja             Nein

Rauchen Sie zurzeit?

Ja             Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / Pfeifen rauchen Sie pro Tag?

10 oder weniger	11 bis 20	21 bis 30	31 und mehr	rauche nicht täglich

Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich pro Tag / pro Woche / pro Monat? Bitte geben Sie in jedem angekreuzten Feld die ungefähre Menge des von Ihnen konsumierten Getränks an (z. B. zwei Gläser).

	täglich	mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	mehrmals pro Monat	einmal pro Monat	seltener als einmal Im Monat	nie
Bier							
Wein/Sekt							
Spirituosen							

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Ja       Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Gab es in der Vergangenheit Zeiten, in denen Ihr Alkohol- oder Medikamentenkonsum erhöht war?

Ja       Nein

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt das an?

---

Nehmen Sie zurzeit Drogen?

Ja       Nein

Wenn ja, welche und in welchen Mengen?

---

---

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen?

Ja                       Nein

Wenn ja,  
welche: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden verbringen Sie durchschnittlich am Tag **ununterbrochen** mit dem Konsum folgender Medien?

	mehr als 10 Stunden	10 - 8 Stunden	8-6 Stunden	6-4 Stunden	4-2 Stunden	2-1 Stunde	nie
Fernsehen							
Handy (für außerberufliche Zwecke)							
Computer/Tablet (für außerberufliche Aktivitäten)							

Ergeben sich durch den Konsum Schwierigkeiten/Probleme in anderen Lebensbereichen (Arbeit, Familie, Freundeskreis, Hobbies...)? Wenn ja, in welchen: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Probleme im Bereich der Sexualität?

Ja                       Nein

Gab/gibt es eine organische Ursache?

Ja                       Nein

Gab/gibt es andere Ursachen?

Ja                       Nein

Gibt es Erfahrungen im sexuellen Bereich, die Sie heute noch belasten?

Ja                       Nein

Gab es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie das Gefühl hatten, dass die Welt um Sie herum sich in unklarer Weise veränderte und Sie sich beobachtet und bedroht fühlten? Hatten Sie das Gefühl, von anderen Menschen gelenkt zu werden oder haben Sie Dinge gehört, gesehen oder gespürt, die nur Sie bemerkten?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wenn ja, wann war das und wie lange hielt es an?

---

Wie sieht es aktuell damit aus?

---

Hatten Sie in der letzten Zeit mal den Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

Ja                       Nein

Wenn ja, wann war das? \_\_\_\_\_

Wie sieht es aktuell damit aus? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon mal Suizidversuche unternommen?

Ja                       Nein

- Wie viele
- Wann
- Womit
- Was war der Auslöser

## **Problemdarstellung und -entwicklung**

Im Folgenden geht es darum, das von Ihnen geschilderte Problem genauer zu beschreiben. Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen möglichst präzise.

Schildern Sie bitte eine Beispielsituation aus den letzten Monaten, in der Sie das Problem besonders stark erlebt haben (In welcher Situation trat es auf? Wann und wo war das? Waren Sie dort allein oder waren noch andere Menschen dabei? Was haben Sie gedacht? Was haben Sie gefühlt? Was haben Sie getan?)

---

---

---

Jetzt schildern Sie bitte eine Beispielsituation aus den letzten Monaten, in der Sie das Problem als nicht oder nur wenig einschränkend empfunden haben (in welcher Situation war das? Wann und wo war das? Waren Sie dort allein oder waren noch andere Menschen dabei? Was haben Sie gedacht? Was haben Sie gefühlt? Was haben Sie getan?):

---

---

Seit wann besteht das von Ihnen geschilderte Problem? Erinnern Sie sich, wann und in welcher Situation es zum ersten Mal auftrat?

---

---

Gab es im Zeitraum davor Veränderungen oder besondere Ereignisse in Ihrem Leben?

---

---

Was hat sich durch das Auftreten des Problems in Ihrem Leben verändert?

- Im Beruf

---

---

- In der Partnerschaft

---

---

- In der Familie

---

---

- In der Freizeit
- 

Hat sich Ihr Problem im Verlauf der Zeit verändert, z. B. verschlechtert oder auch verbessert?  
Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Entwicklung mit Ihren eigenen Worten:

---

---

Was glauben Sie selbst, womit Ihre Probleme zusammenhängen?

---

---

---

Wie häufig tritt das sogenannte Problemverhalten auf?

Täglich \_\_\_\_\_ Mal

Wöchentlich \_\_\_\_\_ Mal

Monatlich \_\_\_\_\_ Mal

Jährlich \_\_\_\_\_ Mal

Bitte geben sie auf einer Skala von 0 bis 10 an, wie stark Sie insgesamt unter Ihrem  
geschilderten Problem leiden (0 = kein Leidensdruck – 10 = schlimmer kann es nicht mehr  
werden). Bitte kreuzen Sie die entsprechende Ziffer an:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 -5 – 6 – 7 – 8 - 9- 10

Bitte geben Sie auf den folgenden Skalen jeweils an, wie beeinträchtigt sie sich durch Ihr  
Problem in den genannten Lebensbereichen fühlen (0 = kein Leidensdruck – 10 = schlimmer  
kann es nicht mehr werden). Bitte kreuzen Sie die entsprechende Ziffer an:

• Beruf                    0 – 1 – 2 – 3 – 4 -5 – 6 – 7 – 8 - 9- 10

• Partnerschaft        0 – 1 – 2 – 3 – 4 -5 – 6 – 7 – 8 - 9- 10

• Familie                0 – 1 – 2 – 3 – 4 -5 – 6 – 7 – 8 - 9- 10

• Freizeit                0 – 1 – 2 – 3 – 4 -5 – 6 – 7 – 8 - 9- 10

Bitte skizzieren Sie im Folgenden kurz, was Sie bereits unternommen haben, um Ihr Problem in den Griff zu bekommen:

---

---

---

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen?

---

---

Es wird oft gesagt, dass in jeder Krise eine Chance und ein positiver Sinn liegen. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

- Für Sie

---

- Für Ihre Umgebung

---

Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise dann hätten, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen?

---

Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?

---

---

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie hoch Ihre Erwartung ist, dass Sie Ihr Problem bewältigen können:

- Ich bin völlig sicher, es zu bewältigen.
- Ich werde es bewältigen.
- Ich glaube schon, dass ich es bewältige.

- Manchmal denke ich, dass ich es bewältigen kann, aber dann bin ich wieder unsicher.
- Ich bin mir gar nicht sicher.
- Das bewältige ich nie.

<b>Behandlungserwartungen</b>
-------------------------------

Welchen Hoffnungen und Erwartungen verknüpfen Sie mit der Behandlung?

---

---

---

Nennen Sie bitte konkrete Veränderungsziele!

1.

---

2.

---

3.

---

In welcher Form können Sie selbst zur Unterstützung Ihrer gewünschten Veränderung beitragen?

---

---

---

Gibt es Bedenken in Bezug auf die Behandlung?

---

---

---

---

Platz für Ihre Fragen an uns:

---

---

---

---

---

---

---