

Markus Laube

Klosteramthof 1

30974 Wennigsen

05103 2061

info@aerztepraxis-klosteramthof.de

www.aerztepraxis-klosteramthof.de

**Anamnesebogen Psychotherapie**

Name: Vorname:

geboren am: Nationalität: Geburtsland:

Geburtsort: Religion: Beruf:

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

☐ Voll-, ☐ Teilzeit- oder ☐ Schichtarbeit? Wenn arbeitslos, warum und seit wann?

.....

Aktueller Familienstand: Bisherige feste (wichtige) Beziehungen und Ehen
 (Zeitraum, Trennungsgrund?):

.....

.....

.....

Wenn Sie derzeit in Beziehung sind, nennen Sie bitte Alter und Beruf des Partners:

.....

Wie oft und weshalb waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre arbeitsunfähig erkrankt?

.....

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann und weshalb? Wie war Ihre Diagnose?

.....

Bei wem haben Sie Therapie gemacht?

Stationär?.....

Wer ist Ihr Hausarzt?.....

Wer weiß, dass Sie meine Beratungen aufsuchen?

.....

Wer sollte es auf keinen Fall wissen?

.....

Beschreiben Sie Ihr hauptsächliches Anliegen mit eigenen Worten:

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Verhaltensweisen möchten Sie ändern?

.....

Wie schätzen Sie die Schwere Ihrer Probleme ein: (bitte auf der Skala ankreuzen)

1	2	3	4	5	6
leicht	mäßig	ernst	schwer	sehr schwer	macht mich handlungsunfähig

Leiden Sie durchgehend, schon längere Zeit (mind. 2 Wochen), an folgenden Symptomen?

Bitte ankreuzen:

	Ja	Nein
Depressive, gedrückte Stimmung?	☐	☐
Verlust von Interesse oder Freude, Aktivitätseinschränkung?	☐	☐
Erhöhte Ermüdbarkeit - Verminderung des Antriebs - Verminderung der Energie?	☐	☐
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit?	☐	☐
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen?	☐	☐
Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit?	☐	☐
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven?	☐	☐
Sexuelle Unzufriedenheit?	☐	☐
Schlafstörungen?	☐	☐
Verminderter Appetit?	☐	☐
Hat sich in Ihrer Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun, etwas verändert?	☐	☐
Gehen Ihnen alltägliche Dinge schwerer von der Hand?	☐	☐
Haben Sie zurzeit besonders viel Aktivität, sind Sie besonders unternehmungslustig?	☐	☐
Fühlen Sie sich innerlich unruhig?	☐	☐
Ängstigen Sie sich in letzter Zeit mehr als üblich?	☐	☐
Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen?	☐	☐
Befürchten Sie, ernsthaft krank zu sein?	☐	☐
Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun oder denken, obwohl Sie Ihnen unsinnig vorkommen?	☐	☐

Beispiele:

.....

Hatten Sie Probleme in Ihrer Kindheit? z.B. Bettnässen, Schlafwandeln, Stottern, Ängste oder anderes?

.....

Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken? Welcher Art waren oder sind diese?

.....

Gab es bereits Selbstmordversuche und wenn ja, wann? Welcher Art?

.....

Kamen Übergriffe, egal welcher Art, von sexuellem Missbrauch in Ihrer Kindheit/Jugend vor? Wenn ja, von wem?

.....

Hatten Sie besondere Krankheiten (oder Unfälle) in Kindheit und Jugend? Bitte Alter und Art der Krankheit angeben:

.....

.....

.....

Wann sind Sie das letzte Mal ärztlich untersucht worden und warum? Bei welchem Arzt?

.....

.....

Haben Sie finanzielle Probleme?

.....

Gab es wichtige Krankheiten/Ereignisse in Ihrer Herkunftsfamilie bzw. bei Tanten, Onkeln, Großeltern, soweit bekannt, z.B. Krebs, Gewalttod, Verbrechen, Kindstod, Abtreibung, Kriegsereignisse, Traumata, Scheidung, Unfälle usw.?

Wer hat was erlebt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte bringen Sie diese Seiten ausgefüllt zu Ihrem nächsten Termin mit.