



## Anamnesebogen

Der Fragebogen dient für Sie zur Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung. Mit dem Fragebogen erhalte ich zudem Informationen in schriftlicher Form, die ich beim Schreiben des Antrags zur Kostenübernahme jederzeit nachschauen kann.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst **vollständig** aus. Wenn Sie eine Frage **nicht beantworten können, kennzeichnen Sie diese durch einen Schrägstrich**.

Name	Vorname	Adresse
Geburtsdatum	Telefon / Handy und E-Mail	

Private Krankenversicherung / Anschrift
Beihilfe / Anschrift
Hausarzt / Anschrift
Psychiater / Anschrift

### Weitere persönliche Angaben:

#### Körper

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

#### Berufliche Situation

angestellt       selbstständig       arbeitssuchend       pensioniert / berentet

#### Familienstand

ledig       seit \_\_\_\_\_

verheiratet       seit \_\_\_\_\_

in Beziehung       seit \_\_\_\_\_

geschieden       seit \_\_\_\_\_

verwitwet       seit \_\_\_\_\_



Haben Sie Kinder?

ja

nein

wie viele? \_\_\_\_\_

Alter der Kinder \_\_\_\_\_

### Wohnsituation:

Mit wieviel Personen wohnen Sie zusammen? \_\_\_\_\_

Auf wieviel Quadratmetern wohnen Sie? \_\_\_\_\_ qm

Wie würden Sie Ihre Wohnverhältnisse beschreiben?:

großzügig  zu klein  angemessen

### Schule und Beruf:

Ihr Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Wann?: \_\_\_\_\_

Ihre Ausbildung/ Studium: \_\_\_\_\_

Wann?: \_\_\_\_\_

Derzeitige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

### Weg zur Therapie:

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen?  
\_\_\_\_\_

### Wie geht es Ihnen im Moment?

\_\_\_\_\_

gut      könnte besser sein      nicht gut      schlecht      sehr schlecht

### Welche Schwierigkeiten haben Sie? (Grund des Kommens):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bitte unterstreichen und ergänzen Sie, welche Schwierigkeiten auf Sie zutreffen:

ängstlich – Angst vor bestimmten Situationen – traurig – grübelnd – unruhig – unsicher



Minderwertigkeitsgefühle – Partnerschaftsprobleme – Probleme in „anderen“ Beziehungen  
Selbstmordgedanken – finanzielle Schwierigkeiten – Zukunftsängste – misstrauisch  
erschöpft - lustlos – Schlafstörungen – sexuelle Schwierigkeiten – Wutausbrüche - Schmerzen  
Schwierigkeiten mit Kritik umzugehen – Angst vor Ansteckung / Krankheit – Panikattacken  
Konzentrationschwierigkeiten – beunruhigende Gedanken – Eifersucht - Neid  
und: \_\_\_\_\_

Wählen Sie **drei Schwierigkeiten**, die Sie am meisten belasten aus der oben aufgeführten Liste und geben Sie an, wann diese Schwierigkeiten zum **ersten Mal** auftraten, und den **Grund/ Auslöser**:

Schwierigkeit	zum ersten Mal aufgetreten	Grund / Auslöser
1.		
2.		
3.		

**In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Schwierigkeiten / Probleme beeinträchtigt?**

Bereich:	Beeinträchtigung (0 = nicht beeinträchtigt -10 = sehr stark beeinträchtigt)	Art der Beeinträchtigung:
Beruf		
Finanzen		
Familie		
Freizeit		
soz. Kontakte		

**Wichtige körperliche und psychische Erkrankungen:**

Früher	Heute



**Bisherige Behandlungen psychischer Erkrankungen:**

Ambulante Therapie/n (Name des Therapeuten, Zeitraum)	Stationäre Therapie/n (Name der Klinik, Zeitraum)
--	--

**Inwiefern konnten Sie von dieser/n Therapie/n profitieren?:**

---

---

---

**Bitte geben Sie an, was Sie regelmäßig (R) und unregelmäßig (UR) einnehmen:**

	Kaffee	Zigaretten	Alkohol	Drogen	Medikamente
Früher					
Heute					

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

Genauer Name	Von wem verordnet?	Gegen welche Beschwerden?

**Gab es besonders belastende Situationen / Zeiten in Ihrem Leben?:**

---

---

---

---



**Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:**

Andere sind \_\_\_\_\_

Von Anderen bin ich immer wieder \_\_\_\_\_

Mir ist es wichtig, dass ich \_\_\_\_\_

Ich will auf keinen Fall \_\_\_\_\_

Andere sollten mir gegenüber \_\_\_\_\_

Einerseits wünsche ich, dass \_\_\_\_\_

andererseits fürchte ich, dass \_\_\_\_\_

Ich wünsche mir, dass Andere Folgendes über mich denken:

\_\_\_\_\_

Ich halte mich selbst für \_\_\_\_\_

Zukunft bedeutet für mich \_\_\_\_\_

Das Schlimmste \_\_\_\_\_

Meine Arbeit \_\_\_\_\_

Oft denke ich \_\_\_\_\_

Am meisten ärgere ich mich über \_\_\_\_\_

Ich brauche \_\_\_\_\_

Ich bin stolz \_\_\_\_\_

Ich danke Ihnen für Ihre Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_