

## ANAMNESEBOGEN

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

GESCHLECHT \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER \_\_\_\_\_

### HÖCHSTER (SCHUL)ABSCHLUSS

- kein Schulabschluss  
 noch in Schulausbildung  
 Hauptschulabschluss/Primarschule  
 Real-/Mittelschulabschluss/Sekundarschule  
 Gymnasialabschluss/EOS  
 abgeschl. Studium an einer (Fach-)Hochschule/Universität  
 anderer Schulabschluss: \_\_\_\_\_

### HÖCHSTER BILDUNGSABSCHLUSS

- abgeschlossene Berufsausbildung  
 Promotion  
 anderer Bildungsabschluss: \_\_\_\_\_

### FAMILIENSTAND:

- ledig  
 ledig, in fester Partnerschaft  
 verheiratet und zusammen lebend  
 verheiratet, aber getrennt lebend  
 geschieden  
 verwitwet

### HABEN SIE KINDER? Falls ja, Alter?

- ja \_\_\_\_\_  
 nein

### WIE WÜRDEN SIE IHRE KINDHEIT UND JUGEND BESCHREIBEN?

- glücklich       eher glücklich       eher unglücklich       unglücklich

### TOD VON ANGEHÖRIGEN/WICHTIGEN BEZUGSPERSONEN: (Partner\_in, Mutter, Vater, Geschwister und andere)

\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### ERLERNTER BERUF: \_\_\_\_\_

### DERZEITIG BZW. ZULETZT AUSGEÜBTER BERUF: \_\_\_\_\_

### AKTUELLER ERWERBSSTATUS: (Mehrfachantworten möglich)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angestellt/verbeamtet      | <input type="checkbox"/> Schüler_in                |
| <input type="checkbox"/> selbstständig              | <input type="checkbox"/> Student_in                |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung              | <input type="checkbox"/> Rentner_in                |
| <input type="checkbox"/> in Elternzeit/Mutterschutz | <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend/arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt    | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____          |

### DERZEITIGE HAUPT-EINKOMMENSQUELLE:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitstätigkeit        | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Eltern | <input type="checkbox"/> Unterhalt (Ehe)Partner_in |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld        | <input type="checkbox"/> Rente                      | <input type="checkbox"/> BaföG (u.ä.)              |
| <input type="checkbox"/> Bürgergeld/ Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____           |  |

### ARBEITSUNFÄHIGKEIT

- Sind Sie aktuell arbeitsunfähig krankgeschrieben?       nein       ja, seit \_\_\_\_\_ Wochen?  
 Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt?       nein       ja  
 Besteht aktuell diesbezüglich ein Sozialgerichtsverfahren?       nein       ja  
 Waren Sie im Laufe der vergangenen 12 Monate längerfristig krankgeschrieben?       nein       ja, \_\_\_\_\_ Wochen

### HABEN SIE AKTUELL BZW. HATTEN SIE BISHER RECHTLICHE PROBLEME/SCHWIERIGKEITEN?

- nein       ja      Falls ja, gehen Sie bitte auf Ihre rechtliche Situation ein:
- \_\_\_\_\_

**WOHNSITUATION:**

Ich lebe ...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Wohnung/Haus (Eigentum)                  | <input type="checkbox"/> zur Miete (Wohnung/Haus)         |
| <input type="checkbox"/> zur Untermiete                              | <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft (privat)     |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft (therapeutisch betreut) | <input type="checkbox"/> im Wohnheim (welcher Art?) _____ |
| <input type="checkbox"/> mit Ehe-/Lebenspartner_in                   | <input type="checkbox"/> mit Eltern(teil) _____           |
| <input type="checkbox"/> mit Kind(ern); Alter: _____                 | <input type="checkbox"/> allein                           |
| <input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten (Geschwister etc.)   |   |
| <input type="checkbox"/> mit Nichtverwandten                         |   |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____                             |   |

**BESCHWERDEN UND BEHANDLUNGSZIELE:**

Anmeldung durch/ Behandelnde:r Psychiater:in \_\_\_\_\_

Krankenversicherung/ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

**BITTE SCHILDERN SIE DIE BESCHWERDEN, WEGEN DERER SIE ZU UNS GEKOMMEN SIND UND SEIT WANN SIE DARUNTER LEIDEN (PROBLEM – SEIT)**

---



---



---

**LEIDET EIN FAMILIENMITGLIED AN PSYCHISCHEN PROBLEMEN WIE Z.B. ÄNGSTEN, DEPRESSIONEN, ALKOHOL-PROBLEMEN, EPILEPSIE, PSYCHOSEN, SCHIZOPHRENIE, MANISCH-DEPRESSIVEN STÖRUNGEN?**

nein  ja falls ja, geben Sie bitte an, wer unter welchen Problemen leidet

---



---

**SIND SIE JEMALS WEGEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN (Z.B. DEPRESSIONEN, ÄNGSTE) BEHANDELT WORDEN?**

nein  ja falls ja, geben Sie bitte Zeitpunkt und Art der Behandlung an

---



---

**HABEN SIE ZURZEIT ERNSTHAFTE BEEINTRÄCHTIGUNGEN IHRER KÖRPERLICHEN GESUNDHEIT ODER SIND BEI IHNEN KÖRPERLICHE KRANKHEITEN BEKANNT?**

nein

ja Welcher Art sind diese Beeinträchtigungen/Krankheiten? \_\_\_\_\_

**BITTE ANGEBEN: Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg**

**NEHMEN SIE ZURZEIT MEDIKAMENTE (VERORDNETE UND NICHT VERORDNETE)?**

nein  ja

Medikament (Name)	Seit wann?	Dosis (Menge)	EINNAHME	
			regelmäßig	unregelmäßig
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**WAS IST IHR BEHANDLUNGSWUNSCH/SIND IHRE ERWARTUNGEN FÜR IHREN AUFENTHALT IN DER RFK ALZEY?**

---



---

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen psychischen Beschwerden. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie in den jeweiligen Bereichen keinerlei Schwierigkeiten haben.

**Gab es im letzten Monat eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig sehr niedergeschlagen, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?**

nein  ja

**Gab es früher in Ihrem Leben (Kindheit, Jugend, junges Erwachsenenalter) schon mal eine solche Zeit/solche Zeiten?**

nein  ja Wann? \_\_\_\_\_

**Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie von anderen Personen darauf hingewiesen wurden, dass Sie zu viel Alkohol trinken?**

nein  ja Wann zuletzt? Wie viel? \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals Drogen genommen (ggf. auch Probekonsum)?**

nein  ja Welche? Wann zuletzt? Wie viel? \_\_\_\_\_

**Fühlten Sie sich jemals von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig oder nahmen mehr davon ein, als Ihnen verschrieben wurde?**

nein  ja

**Pflegen Sie übermäßig bestimmte Gewohnheiten (z.B. Spiel, Medien, Arbeit, Kauf, Sport, Pornographie)?**

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter chronischen Schmerzen (> 6 Monate), die Sie in Ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigen?**

nein  ja

**Haben oder hatten Sie jemals einen Angstanfall, bei dem Sie sich ganz plötzlich und unerwartet in panischen Schrecken versetzt fühlten oder panische Angst hatten, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben oder das Leben anderer bestand?**

nein  ja

**Gibt es Situationen oder Orte, in denen Sie aus anderen Gründen Angst haben oder die Sie vermeiden, wie z. B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, geschlossene Räume oder Fahrstühle?**

nein  ja Welche Situationen/Orte? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie jemals Angst vor Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z. B. beim öffentlichen Sprechen oder Schreiben vor anderen, beim Essen vor anderen, in einer öffentlichen Toilette, bei Zusammenkünften, Partys, Diskussionen oder Gesprächen mit anderen Menschen?**

nein  ja Welche Situationen? \_\_\_\_\_

**Gibt es sonst noch bestimmte Dinge, Situationen oder Tiere, vor denen Sie sich fürchten (z. B. Hunde, Schlangen, Spinnen, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut oder Verletzungen)?**

nein  ja Welche Dinge/Situationen/Tiere? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie häufig unter starken Sorgen oder schlimmen Befürchtungen (z. B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten), die Ihnen unangemessen und unkontrollierbar erscheinen?**

nein  ja Worum geht es dabei? \_\_\_\_\_

**Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, wie z. B. eine ernsthafte Bedrohung Ihres eigenen Lebens oder des Lebens von Menschen, die Ihnen sehr nahe standen, eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten, der plötzliche Verlust Ihres Zuhauses ?**

nein  ja Welches Ereignis? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter sexuellen Problemen (z.B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, fehlende Erregung, vorzeitige Ejakulation, o.ä.)?**

nein  ja

**Haben Sie sich jemals durch Schneiden, Brennen, Ritzen, etc. absichtlich selbst verletzt?**

nein  ja

**Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Ideen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können, wie z. B. die Vorstellung, sich zu verschmutzen oder zu infizieren, oder den Gedanken, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?**

nein  ja Welchen Inhalts? \_\_\_\_\_

**Gibt es unangenehme oder unsinnige Handlungen, die sie immer wieder ausführen müssen, wie z. B. mehrfach hintereinander Hände waschen oder öfter hintereinander kontrollieren, ob Sie ein bestimmtes elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl, mit diesen Handlungen nicht aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen sagen zu müssen oder bestimmte Dinge anfassen zu müssen?**

nein  ja Welche Handlungen? \_\_\_\_\_

**Gab es eine Zeit, in der Sie viel weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten, oder in der Sie stark abgenommen haben?**

nein  ja

**Haben Sie große Angst davor, dick zu sein oder zu werden, bzw. machen Sie sich Sorgen um Ihre Figur und Ihr Körpergewicht?**

nein  ja

**Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d. h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen?**

nein  ja Wie oft in den letzten 3 Monaten? \_\_\_\_\_

**Machen Sie sich unablässig Sorgen darüber, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, die Ihre Ärzte bislang noch nicht erkannt und diagnostiziert haben?**

nein  ja Welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**