

Anamnesebogen

Datum:

Name, Vorname:

Adresse:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Anmeldung durch/Behandelnde:r Psychiater:in oder Psychotherapeut:in:

Versicherung/Zusatzversicherung:

Höchster Schul-/Bildungsabschluss:

| | |
|---|---------------------------------|
| kein Schulabschluss | abgeschlossene Berufsausbildung |
| noch in Schulausbildung | abgeschl. Studium an einer |
| Hauptschulabschluss/Primarschule | (Fach-)Hochschule/Universität |
| Real-/Mittelschulabschluss/Sekundarschule | Promotion |
| Gymnasialabschluss/EOS | anderer Bildungsabschluss: |
| anderer Schulabschluss: | |

Erlerner Beruf:

Derzeit/zuletzt ausgeführter Beruf:

Familienstand:

Haben Sie Kinder? Falls ja, Alter?

| | |
|-----------------------------------|------|
| ledig | nein |
| ledig, in fester Partnerschaft | ja: |
| verheiratet und zusammen lebend | |
| verheiratet, aber getrennt lebend | |
| geschieden | |
| verwitwet | |

Aktueller Erwerbsstatus: (Mehrfachantworten möglich)

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| angestellt/verbeamtet | Schüler:in |
| selbstständig | Student:in |
| in Ausbildung | Rentner:in |
| in Elternzeit/Mutterschutz | Arbeitssuchend/arbeitslos |
| geringfügig beschäftigt | sonstiges: |

Derzeitige Haupteinkommensquelle:

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Arbeitstätigkeit | Unterhalt (Ehe-)Partner:in |
| Arbeitslosengeld | Unterstützung durch Eltern |
| Bürgergeld/Sozialhilfe | BaföG (u. ä.) |
| Rente | sonstiges: |

Arbeitsunfähigkeit:

| | | | |
|--|------|----------|--------|
| Sind Sie aktuell arbeitsunfähig krankgeschrieben? | nein | ja, seit | |
| Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt? | nein | ja | |
| Besteht aktuell diesbezüglich ein Sozialgerichtsverfahren? | nein | ja | |
| Streben Sie Rente aufgrund der psychischen Beschwerden an? | nein | ja | |
| Waren Sie im Laufe der vergangenen 12 Monate längerfristig krankgeschrieben? | nein | ja, | Wochen |

Wohnsituation: Ich lebe ...

- | | |
|---|---|
| mit Ehe-/Lebenspartner:in | in Wohnung/Haus (Eigentum) |
| mit Eltern (teil) | zur Miete (Wohnung/Haus) |
| allein | zur Untermiete |
| mit Kind(ern); Alter: | in Wohngemeinschaft (privat) |
| mit anderen Verwandten (Geschwister etc.) | im Wohnheim (welcher Art?) |
| mit Nichtverwandten | in Wohngemeinschaft (therapeutisch betreut) |
| | sonstiges: |

Beschwerden und Behandlungsziele:

Bitte schildern Sie die **Beschwerden**, wegen derer Sie zu uns kommen möchten, seit wann Sie darunter leiden (Problem – seit) und ihr **Behandlungsziel**:

Sind Sie jemals wegen psychischer Störungen in Behandlung gewesen?

Falls ja, geben Sie bitte Zeitpunkt und Art der Behandlung an.

nein ja:

Leidet ein Familienmitglied an psychischen Problemen wie z. B. Ängsten, Depressionen, Alkoholproblemen, Epilepsie, Psychosen, Schizophrenie, Bipolare Störung („manisch-depressiv“)?

nein ja (geben Sie bitte an, wer unter welchen Problemen leidet):

Haben Sie zurzeit ernsthafte Beeinträchtigungen Ihrer körperlichen Gesundheit oder sind bei Ihnen körperliche Krankheiten bekannt?

nein ja (welcher Art?):

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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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.

| | Ja | Nein |
|---|--|------|
| 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? | | |
| Gab es früher in Ihrem Leben (Kindheit, Jugend, junges Erwachsenenalter) schon mal eine solche Zeit/solche Zeiten? | Wann? | |
| Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie von anderen Personen darauf hingewiesen wurden, dass Sie zu viel Alkohol trinken? | Wann zuletzt? Wie viel? Wie regelmäßig? | |
| Haben Sie jemals Drogen genommen (ggf. auch Probekonsum)? | Wann zuletzt? Wie viel? Wie regelmäßig? | |
| Fühlten Sie sich jemals von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig oder nahmen mehr davon ein, als Ihnen verschrieben wurde? | Wann? Welche? | |
| Pflegen Sie übermäßig bestimmte Gewohnheiten (z. B. Spiel, Medien, Arbeit, Kauf, Sport, Pornographie)? | Welche? | |
| Leiden Sie unter chronischen Schmerzen (> 6 Monate) , die Sie in Ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigen? | | |
| 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? | Welche? | |
| 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? | Welche Situationen? | |
| 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? | Welche? | |
| 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)? | Welche? | |

| | Ja | Nein |
|---|-----------------------------------|------|
| Leiden Sie häufig unter starken Sorgen oder schlimmen Befürchtungen (z. B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten), die Ihnen unangemessen und unkontrollierbar erscheinen? | Welche? | |
| 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, z. B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten, der plötzliche Verlust Ihres Zuhauses? Welches Ereignis? | Welches Ereignis? | |
| Leiden Sie unter sexuellen Problemen (z. B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, fehlende Erregung, vorzeitige Ejakulation, o. ä.)? | | |
| Haben Sie sich jemals durch Schneiden, Verbrennen, Beißen/Kratzen, etc. absichtlich selbst verletzt ? | | |
| 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? | 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? Welche Handlungen? | 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? | Körpergewicht damals: | |
| Haben Sie große Angst davor, dick zu sein oder zu werden , bzw. machen Sie sich Sorgen um Ihre Figur und Ihr Körpergewicht ? | | |
| Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d. h. sehr viel (> 2000 kcal) in sehr kurzer Zeit (30 Minuten) gegessen? | Wie oft in den letzten 3 Monaten? | |
| Machen Sie sich unablässig Sorgen darüber, eine ernsthafte Erkrankung zu haben , die Ihre Ärzte bislang Snoch nicht erkannt und diagnostiziert haben? Welche Erkrankung(en)? | Welche Erkrankungen? | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!