

## Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

Mit diesem Fragebogen soll ein erstes Bild von Ihrer derzeitigen Lebenslage erhoben werden. Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich. Sie können dabei sicher sein, dass Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden. Alle Praxismitarbeiter unterliegen einer strengen Schweigepflicht. Kein Außenstehender, auch nicht Ihr Arzt wird ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung Einblick in diese Daten erhalten.

Sollten Sie irgendeine Frage nicht beantworten wollen / können, machen Sie einen Strich dahinter. Fügen Sie bitte bei Bedarf Zusatzblätter an und setzen Sie die betreffende Nummer der Frage vor Ihre Angaben.

### 1. Angaben zur Person:

- a) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_
- b) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_
- c) Familienstand: (zutreffendes bitte ankreuzen)  
 ledig    verlobt    verh.    wieder verh.    getrennt    geschieden    verwitwet
- d) Wie viele Kinder haben Sie?
- e) Beschreiben Sie kurz Ihre Wohnsituation:
- f) Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus?
- g) Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an: \_\_\_\_\_ Sind Sie religiös aktiv \_\_\_\_\_

### 2. Beschreibung der Probleme:

- a) Beschreiben Sie die Probleme und Beschwerden, die Sie veranlasst haben, einen Psychotherapeuten aufzusuchen (zutreffendes bitte ankreuzen).

- |                                                    |                                                                    |                                                               |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Partnerschaftsprobleme       | <input type="radio"/> Angst vor Kritik anderer                     | <input type="radio"/> Probleme mit dem Essen                  |
| <input type="radio"/> Selbstmordgedanken           | <input type="radio"/> Fühle mich einsam                            | <input type="radio"/> Schuldgefühle                           |
| <input type="radio"/> Antriebslosigkeit            | <input type="radio"/> Angst vor Alleinsein                         | <input type="radio"/> Sexuelle Probleme                       |
| <input type="radio"/> Bin eher verschlossen        | <input type="radio"/> Minderwertigkeitsgefühle                     | <input type="radio"/> Finanzielle Sorgen                      |
| <input type="radio"/> Prüfungsangst                | <input type="radio"/> Vom Alltagsleben überfordert                 | <input type="radio"/> Kann keine Entscheidungen treffen       |
| <input type="radio"/> Halte mein Leben für sinnlos | <input type="radio"/> Unfähig, mich zu amüsieren                   | <input type="radio"/> Konzentrationsschwierigkeiten           |
| <input type="radio"/> Heftige Angstanfälle         | <input type="radio"/> Wutausbrüche                                 | <input type="radio"/> Habe sehr hohe Ansprüche an mich        |
| <input type="radio"/> Alkohol -/ Drogenprobleme    | <input type="radio"/> Fühle mich abgelehnt / mag mich selbst nicht | <input type="radio"/> Bestimmte Gedanken zwingen sich mir auf |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen              | <input type="radio"/> Arbeitsstelle                                |                                                               |

## Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

Sonstige Probleme:

b) Beschreiben Sie möglichst genau, wann und unter welchen Umständen Ihre Probleme erstmals aufgetreten sind.

c) Wie haben sich Ihre Probleme bis heute entwickelt?

d) Wie finden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation? Was möchten Sie daran ändern?

e) Was hindert Sie daran?

f) Was haben Sie getan, um Ihre Probleme zu lösen?

g) Welche Auswirkungen haben diese Probleme auf die nachfolgend aufgeführten Bereiche:

Arbeits- oder Ausbildungsbereich:

Familiärer Bereich (Eltern, Geschwister, Kinder usw.):

Partnerbereich:

Freundeskreis:

Freizeitbereich:

Sonstige Bereiche:

h) Wurden Sie wegen Ihrer Probleme schon ärztlich oder psychotherapeutisch behandelt? Wenn ja, schildern Sie kurz Art und Dauer dieser Behandlung.

## Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

i) Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn Sie Psychopharmaka einnehmen, wie oft, in welcher Dosis, mit welchem Erfolg werden diese eingenommen?

j) Kreuzen Sie an, unter welchen der folgenden Beschwerden Sie besonders leiden:

- |                                                |                                                                  |                                                               |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzklopfen              | <input type="radio"/> Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen | <input type="radio"/> Überempfindlichkeit gegen Wärme / Kälte |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen            | <input type="radio"/> Übelkeit                                   | <input type="radio"/> Innere Zwänge                           |
| <input type="radio"/> Durchfall                | <input type="radio"/> Sodbrennen                                 | <input type="radio"/> Übermäßiges Schlafbedürfnis             |
| <input type="radio"/> Appetitlosigkeit         | <input type="radio"/> Reizbarkeit                                | <input type="radio"/> Schlaflosigkeit                         |
| <input type="radio"/> Schwächegefühl / Zittern | <input type="radio"/> Starkes Schwitzen                          | <input type="radio"/> Schwindelgefühle                        |
| <input type="radio"/> Kurzatmigkeit            | <input type="radio"/> Kreuz- oder Rückenschmerzen                | <input type="radio"/> Heißhunger                              |
| <input type="radio"/> Halsbeschwerden          | <input type="radio"/> Innere Unruhe                              | <input type="radio"/> Nacken- oder Schulterschmerz            |
| <input type="radio"/> Brustschmerzen           | <input type="radio"/> Unruhe in den Beinen                       | <input type="radio"/> Druck- oder Völlegefühl im Leib         |

Sonstige Beschwerden:

### 3. Selbstbeschreibung:

Ich halte mich für (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |                                               |                                                |                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> wertlos                 | <input type="radio"/> einsam                   | <input type="radio"/> leicht zu verunsichern |
| <input type="radio"/> zu nichts zu gebrauchen | <input type="radio"/> wenig durchsetzungsfähig | <input type="radio"/> hasserfüllt            |
| <input type="radio"/> intelligent             | <input type="radio"/> hilfsbereit              | <input type="radio"/> moralisch aufrichtig   |
| <input type="radio"/> gutmütig                | <input type="radio"/> gelangweilt              | <input type="radio"/> nachsichtig            |
| <input type="radio"/> feindselig              | <input type="radio"/> ruhelos                  | <input type="radio"/> humorvoll              |
| <input type="radio"/> überlegt                | <input type="radio"/> ungeliebt                | <input type="radio"/> eifersüchtig           |
| <input type="radio"/> wenig attraktiv         | <input type="radio"/> zuversichtlich           | <input type="radio"/> viel beschäftigt       |
| <input type="radio"/> ängstlich               | <input type="radio"/> missverstanden           | <input type="radio"/> beruflich erfolgreich  |
| <input type="radio"/> deprimiert              | <input type="radio"/> leicht zu überreden      | <input type="radio"/> meistens zufrieden     |

Sonstige Eigenschaften:

## Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

### 4. Schulische Entwicklung:

- a) Welche Schulen haben Sie besucht (besuchen Sie)?
- b) Welchen Schulabschluss haben Sie?
- c) Wie waren Ihre Schulleistungen insgesamt?
- d) Was waren Ihre:           - Lieblingsfächer:  
                                          - Problemfächer:
- e) Gab es außergewöhnliche Probleme mit einem / mehreren LehrerIn / LehrerInnen?
- f) Waren Ihre Eltern mit Ihren Schulleistungen zufrieden?
- g) Gab es außergewöhnliche Probleme mit einem / mehreren Mitschülern?
- h) Wurden Sie aufgrund irgendwelcher Eigenschaften gehänselt?
- i) Wie war Ihre Stellung in Gruppen (zutreffendes bitte ankreuzen):
- |                                  |                                  |                                    |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Wortführer | <input type="radio"/> Mitläufer  | <input type="radio"/> Einzelgänger | <input type="radio"/> Ideenproduzent |
| <input type="radio"/> Spaßvogel  | <input type="radio"/> Sündenbock | <input type="radio"/> Graue Maus   | <input type="radio"/> Schlichter     |
- Sonstige Angaben:
- j) Gingen Sie zu Parties, Tanzveranstaltungen o.ä. Geselligkeiten?
- k) Religiöse Erziehung in Kindheit und Jugend?
- l) Sehen Sie Zusammenhänge zwischen Ihrer Kindheit und Jugend und Ihren heutigen Problemen?  
Wenn ja, welche?

### 5. Berufliche Entwicklung:

- a) Alter bei Eintritt ins Arbeitsleben: \_\_\_\_\_ Jahre
- b) Falls Sie mehrere Berufe ausgeübt haben, tragen Sie diese bitte hier unten ein:

**Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten**

Jahr	Art der Tätigkeit/Arbeit

c) Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden?

d) Wie ist größtenteils Ihr Verhältnis zu den Kollegen?

- |                                                        |                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> freundschaftlich                 | <input type="radio"/> es gibt manchmal Konflikte              |
| <input type="radio"/> ich treffe mich mit ihnen privat | <input type="radio"/> es kommt häufig zu Auseinandersetzungen |
| <input type="radio"/> sachlich kollegial               | <input type="radio"/> dauernd kommt es zu Reibereien          |

Welche sind die Anlässe und Gründe für mögliche Konflikte?

Sind Sie mit dieser Situation zufrieden?

e) Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? Wie viele Stunden pro Woche würden Sie gern arbeiten?

#### 6. Ehe und Partnerschaft:

a) Alter des Partners: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

b) Wie lange kennen Sie sich schon?

c) Seit wann sind Sie verheiratet bzw. befreundet?

e) Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners:

### Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

- f) In welchen Bereichen stimmen Sie mit ihm überein? In welchen überhaupt nicht?
  
- g) Nennen Sie gegensätzliche Interessen, Bedürfnisse, Standpunkte u.a., die Ihnen wichtig erscheinen.
  
- i) Bestehen Kontakte zu der Familie des Partners? Wenn ja, fühlen Sie sich von seiner Familie angenommen?
  
- j) Wenn Sie Kinder haben, zählen Sie sie bitte mit Namen und Alter auf:
  
- k) Welche Kinder stammen aus früheren Ehen?
  
- l) Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsunterbrechungen?
  
- m) Haben Sie Probleme mit Ihren Kindern? Wenn ja, welche?
  
- n) Angaben über frühere Ehen oder wichtige Partnerbeziehungen:
  
- o) Bestehen z. Zt. sexuelle Beziehungen neben der Hauptbeziehung?

#### **7. Sexuelleben:**

- a) Einstellung der Eltern gegenüber Sexualität:

### Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

- b) Wann und wie wurden Sie sexuell aufgeklärt?
- c) Hatten Sie jemals ein negatives Erlebnis im Zusammenhang mit Sexualität?
- d) In welchem Alter erfolgten erste sexuelle Aktivitäten (z.B. Selbstbefriedigung)?
- e) Haben Sie homosexuelle Erfahrungen oder Neigungen?
- f) Sind Sie mit dem derzeitigen Sexualeben zufrieden? Wenn nein: Kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft, und fügen Sie gegebenenfalls Anmerkungen auf einem Sonderblatt hinzu:
- |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Angst oder Schuldgefühle<br><input type="radio"/> Orgasmusschwierigkeiten<br><input type="radio"/> Ich komme zu kurz<br><input type="radio"/> kaum Zärtlichkeit außerhalb des Sexes | <input type="radio"/> geringe sexuelle Ansprechbarkeit<br><input type="radio"/> seine/ihre Wünsche überfordern mich<br><input type="radio"/> kein Sexualpartner |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### für Männer:

- Erektionsstörungen
- Vorzeitiger Samenerguss

#### für Frauen:

- Ich empfinde nichts bei Sexualekontakt
- Ich verkrampfe mich bei Sexualekontakt

Sonstige Probleme:

## 8. Familie

- a) Vater:                      Alter:                      ausgeübter Beruf:
- Gesundheitszustand:
- Falls verstorben, wann:                      Ursache:
- b) Mutter:                      Alter:                      ausgeübter Beruf:
- Gesundheitszustand:
- Falls verstorben, wann:                      Ursache:

### Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

- c) Geschwister: Anzahl der Brüder:                      Alter:  
 Anzahl der Schwestern:                      Alter:  
 Eigene Position (z.B. 3.-geborene/r):
- d) Welche Beziehung hatten Sie zu Ihren Geschwistern früher?
- e) Wie ist die Beziehung heute?
- f) Wann sind Sie ausgezogen? Weshalb? Wie hat das die Beziehung zu ihren Eltern und ihren Geschwistern verändert?
- g) Beschreiben Sie Ihren Vater (zutreffendes bitte ankreuzen):
- |                                             |                                        |                                              |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> kalt                  | <input type="radio"/> unberechenbar    | <input type="radio"/> penibel                |
| <input type="radio"/> fürsorglich           | <input type="radio"/> gewalttätig      | <input type="radio"/> unterstützend          |
| <input type="radio"/> streng                | <input type="radio"/> verständnisvoll  | <input type="radio"/> schwach                |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> niedergeschlagen | <input type="radio"/> cholerisch             |
| <input type="radio"/> warmherzig            | <input type="radio"/> ungerecht        | <input type="radio"/> gerecht                |
| <input type="radio"/> alkoholabhängig       | <input type="radio"/> überbeschützend  | <input type="radio"/> leistungsorientiert    |
| <input type="radio"/> klammernd             | <input type="radio"/> einfühlsam       | <input type="radio"/> gutmütig               |
| <input type="radio"/> herablassend          | <input type="radio"/> kränkend         | <input type="radio"/> nicht vertrauenswürdig |
- Sonstige Eigenschaften:
- h) Welche Einstellung hat er Ihnen gegenüber?
- i) Beschreiben Sie Ihre Mutter (zutreffendes bitte ankreuzen):
- |                                             |                                        |                                              |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> kalt                  | <input type="radio"/> unberechenbar    | <input type="radio"/> penibel                |
| <input type="radio"/> fürsorglich           | <input type="radio"/> gewalttätig      | <input type="radio"/> unterstützend          |
| <input type="radio"/> streng                | <input type="radio"/> verständnisvoll  | <input type="radio"/> schwach                |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> niedergeschlagen | <input type="radio"/> cholerisch             |
| <input type="radio"/> warmherzig            | <input type="radio"/> ungerecht        | <input type="radio"/> gerecht                |
| <input type="radio"/> alkoholabhängig       | <input type="radio"/> überbeschützend  | <input type="radio"/> leistungsorientiert    |
| <input type="radio"/> klammernd             | <input type="radio"/> einfühlsam       | <input type="radio"/> gutmütig               |
| <input type="radio"/> herablassend          | <input type="radio"/> kränkend         | <input type="radio"/> nicht vertrauenswürdig |



**Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten**

Sonstige Eigenschaften:

- j) Welche Einstellung hat sie Ihnen gegenüber?
- k) Welche Beziehung hatten Ihre Eltern zueinander?
- m) Wie wurden Sie von Ihren Eltern bestraft?
- n) Leidet / litt jemand in Ihrer Familie an Alkoholismus oder an anderen psychischen Störungen, wenn ja, wer?
- p) Hat jemand in ihrer Familie versucht sich selbst etwas anzutun? Wenn ja, wer?

**9. Kindheit:**

a) Kreuzen Sie an, was auf Ihre Kindheit zutrifft:

- |                                                 |                                                        |                                           |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> häufig krank              | <input type="radio"/> oft alleingelassen               | <input type="radio"/> unerwünschtes Kind  |
| <input type="radio"/> Ängste                    | <input type="radio"/> zu sehr umsorgt                  | <input type="radio"/> glückliche Kindheit |
| <input type="radio"/> Bettnässen                | <input type="radio"/> Stottern / Lispeln               | <input type="radio"/> Schüchternheit      |
| <input type="radio"/> fühlte mich zurückgesetzt | <input type="radio"/> Über - / Untergewicht            | <input type="radio"/> viele Lügen erzählt |
| <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen   | <input type="radio"/> häufige Kopfschmerzen / Übelkeit |                                           |

Andere Auffälligkeiten:

- b) Hatten / Haben Sie Verletzungen, Operationen, Unfälle und/oder Krankheiten in Ihrer Kindheit, die Sie (eventuell bleibend) beeinträchtigt haben?
- c) Gab es eine zeitweilige oder länger andauernde frühe Trennung von Ihrer Mutter oder der primären Bindungsperson (eventuell auch im Kontext von Frage b))?
- d) Angenehme Erinnerungen aus der Kindheit: Unangenehme Erinnerungen:

## Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

- f) Worauf mussten Sie verzichten?

### **10. Freizeitverhalten:**

- a) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?
- b) Welche Interessen und Hobbys haben Sie? Wie oft im Monat beschäftigen Sie sich damit?

### **11. Freunde/Bekannte:**

- a) Haben Sie Kontakte zu Nachbarn? Wenn ja, zu wie vielen?
- b) Wie oft sehen Sie diese Nachbarn im Durchschnitt?
- c) Wie viele Bekannte haben Sie zur Zeit?
- d) Wie oft sehen Sie diese Bekannten im Durchschnitt?
- e) Wie viele Freunde haben Sie zur Zeit?
- f) Wie oft sehen Sie diese Freunde im Durchschnitt?
- g) Sind diese Kontakte befriedigend?

### **12. .. Therapieerwartungen:**

- a) Was kann Ihrer Meinung nach eine solche Therapie für Sie leisten?
- d) Welche Eigenschaften sollte der Therapeut haben, den Sie für die Behandlung Ihrer Probleme für geeignet halten (z.B. Alter, Geschlecht, Kommunikationsstil)?