
Anamnesefragebogen

(Angaben zu Ihren Erkrankungen und zu Ihrem Lebenslauf)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Tel.-Nr. (Festnetz, Handy)		
E-Mail-Adresse		

Zweck des Fragebogens: Diese Angaben dienen der Diagnostik und sind für eine gründliche Behandlung Ihrer Probleme und Beschwerden notwendig. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **möglichst ausführlich, nicht nur mit Ja oder Nein.**

Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite des Blattes.

Dieser Bericht fällt unter die ärztliche Schweigepflicht und wird streng vertraulich behandelt! Er wird Bestandteil Ihrer Behandlungsunterlagen.

Wer hat Ihnen zur jetzigen Behandlung geraten?

Angaben zur jetzigen Erkrankung:

Warum möchten Sie behandelt werden? Bitte beschreiben Sie mit Ihren Worten Ihre jetzigen Beschwerden (Schmerzen, Missempfindungen, sonstige Störungen des Wohlbefindens, Konflikte, Stimmungsschwankungen, Verstimmungen) und seit wann! sie bestehen.

Wie oft und wann wiederholten sich ihre Beschwerden? Haben sie sich verschlimmert? Wann und wo treten die Beschwerden auf? Wodurch werden sie beeinflusst?

Wer hat Sie bisher behandelt? Wie sah diese Behandlung aus?

Haben sich Ihre Beschwerden oder Schwierigkeiten durch die Behandlung verändert?

Unterstreichen Sie bitte folgende Beschwerden oder Schwierigkeiten, die für Sie zutreffen:

Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen, Atem- bzw. Luftnot, Magenbeschwerden, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme, Darmbeschwerden, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Alpträume, unangenehme Erinnerungsbilder, Angstzustände, Panikzustände, Gefühl der Gespanntheit, Gefühl der Beunruhigung, Gefühl der Selbstentfremdung, Zittern der Gliedmaßen, Entschlusslosigkeit, Überforderung, depressive Verstimmungen, Zwangshandlungen, Selbsttötungsgedanken, Selbstverletzungen, aggressive Impulse, Wutausbrüche, Unfähigkeit zur Entspannung, Unfähigkeit sich zu erholen, Unbehagen an Wochenenden und im Urlaub, übermäßiger Ehrgeiz, Schüchternheit im Umgang mit anderen, Unfähigkeit Freunde zu finden, Einsamkeitsgefühle, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, schlechte häusliche Verhältnisse, finanzielle Sorgen.

Sexuelle Funktionsstörungen (ggf. ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ein Mangel an oder der Verlust von sexuellem Verlangen | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei der Sexualität |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Aversion (Abneigung) | <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> mangelnde sexuelle Befriedigung | <input type="checkbox"/> Erektionsstörung |
| <input type="checkbox"/> gesteigertes sexuelles Verlangen | <input type="checkbox"/> vorzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Hat sich Ihr Appetit verändert? Wenn ja, wie?

Hat sich Ihr Gewicht verändert? Wenn ja, in welchem Zeitraum? Größe _____ cm, Gewicht _____ kg

Halten Sie eine Diät ein? Wenn ja, weshalb und wie sieht sie aus?

Haben Sie Beschwerden bei Stuhlgang oder Wasserlassen?

Wie schlafen Sie sonst, wie schlafen Sie jetzt?

Haben Sie eine Allergie?

Haben Sie Probleme mit Drogen, Alkohol, Medikamenten? Welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel rauchen Sie pro Tag? Seit wann?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja: Wie viel Bier, Wein oder Schnaps haben Sie in letzter Zeit pro Tag oder pro Woche getrunken?

Seit wann trinken Sie Alkohol?

Seit wann trinken Sie mehr als sonst?

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja: Welche Drogen, wie viel, in welchem Zeitraum?

Welche Medikamente haben Sie bis jetzt eingenommen, wann und wie viel (auch Schlaf-, Schmerz- und Abführmittel)

Angaben zu Ihren früheren Erkrankungen

Welche **Kinderkrankheiten** hatten Sie?

Welche **sonstigen Erkrankungen** hatten Sie? Wann?

Bitte nennen Sie in zeitlicher Reihenfolge die weiteren Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Unfälle, Operationen, psychische Erkrankungen). Wann, wo und wie lange waren Sie im Krankenhaus oder einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik oder Kurklinik? Wie sah die Therapie aus?

Erkrankung	Klinik	Ort	von - bis	Jahr
------------	--------	-----	-----------	------

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Haben Sie schon eine Rente bezogen? Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

Familienanamnese:

- Welche **Erkrankungen** hatte Ihre **Mutter** früher, welche jetzt?
- Welche **Erkrankungen** hatte Ihr **Vater** früher, welche jetzt?
- An welchen **Erkrankungen** leiden oder litten Ihre **Geschwister**?
- Gab es in Ihrer weiteren Familie (**Tanten, Onkel, Cousinsen, Cousins**) schwere körperliche Erkrankungen, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Epilepsie, Alkoholprobleme, Selbsttötungsversuche?
- **Bei verstorbenen Eltern oder verstorbenen Geschwistern:** Wann, in welchem Alter und an welcher Erkrankung sind sie verstorben?
- An welchen **Erkrankungen** leiden Ihre **Kinder**?
Bei verstorbenen Kindern: Wann, in welchem Alter und an welcher Erkrankung sind sie verstorben?

Schön wäre es, wenn Sie mit wenigen Sätzen auf der Rückseite beschreiben könnten, in welcher Umwelt (in und außerhalb der Familie) sie aufgewachsen sind. Wie war Ihre Kindheit und Jugend, die Ausbildung, das Erwachsenwerden, Ihre Gesundheit, Ihre Beziehungen zu anderen, Ihre körperliche und seelische Entwicklung.

Familiäre Entwicklung:

- **Wo sind Sie geboren worden** (Geburtsort, Krankenhaus)?
- **Was wissen Sie über Ihre Geburt?** (Wie viele Schwangerschaftsmonate? Normaler Geburtsverlauf, Zangengeburt, Kaiserschnitt?)
- **Sind sie von ihrer Mutter gestillt worden?**
- **Hatten Sie in der Kindheit besondere Störungen?** (bitte unterstreichen):
Entwicklungsverzögerungen, Milchschorf, Sprachstörungen (Stottern, Stammeln, Lispeln), Dunkelangst, schreckhaftes Erwachen in der Nacht, Bettnässen, Schlafwandeln, Daumenlutschen, Nägelkauen, Angstanfälle, Schulerbrechen, Essstörungen, Asthma, andere Störungen?

Von wann bis wann hatten Sie diese Störungen?

Sind Sie von Zuhause weggelaufen?

- Beschreiben Sie bitte Ihre **Mutter** (Geburtsjahr, Beruf) und Ihre Beziehung zu ihr (früher und heute):

- Beschreiben Sie bitte Ihren **Vater** (Geburtsjahr, Beruf) und Ihre Beziehung zu ihm (früher und heute):

- **Zu wem fühlten Sie sich mehr hingezogen? Warum?**

- Wenn Sie nicht bei Ihren Eltern großgeworden sind, bei wem sind Sie aufgewachsen und wie lange waren Sie dort? Beschreiben Sie bitte die damaligen **Bezugspersonen**:

- Wie wurden Sie **in Ihrer Kindheit bestraft**? Von wem wurden Sie bestraft?

- Beschreiben Sie bitte die **häusliche Atmosphäre**, d.h. das Familienklima, in dem Sie aufwuchsen. Worauf legten die Eltern bei der **Erziehung** Wert? Schildern Sie auch, wie sich Ihre Eltern untereinander und mit den Kindern vertrugen.

- Beschreiben Sie bitte Ihre **Großeltern** mütterlicherseits und väterlicherseits. Welche **Traditionen** gab und gibt es in Ihrer Familie (was macht man, was macht man nicht, was ist Pflicht, was ist verboten)?

- Zu welcher **Kirche/Glaubensgemeinschaft** gehörten Sie, Ihre Eltern bzw. Großeltern?

- Bitte nennen, Sie die Vornamen Ihrer **Geschwister** (und/oder Halbgeschwister), deren Geburtsjahr, Wohnort Beruf, Familienstand und die Anzahl der Kinder:

Vorname	Geburtstag	Wohnort	Beruf	Familienstand	Kinder
---------	------------	---------	-------	---------------	--------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- Wie haben Sie sich mit ihren **Geschwistern** (und/oder Halbgeschwistern) verstanden? Welche **Stellung** hatten Sie in der **Geschwisterreihe**? (Kronprinz, Nesthäkchen, Aschenputtel schwarzes Schaf):

- Waren Sie **Wunschkind** oder unerwünscht?
- An welche frühen und frühesten **Ereignisse** Ihrer **Kindheit** können Sie sich erinnern?
- Waren Sie eher ein **braves Kind** oder ein **Wildfang**? Wie verliefen Ihre **Trotzphasen**?
- Hatten Sie bevorzugte **Spiele** und **Interessen** während Ihrer Kindheit?
- Welche **Interessen** und **Hobbys** hatten Sie während Ihrer **Jugendzeit**?
- Welche **Interessen** und **Hobbys** haben Sie **jetzt**?
- Welche **Sportarten** betreiben Sie? Wie füllen Sie den größten Teil ihrer **Freizeit** aus?
- Wie schnell schließen Sie **Freundschaften**? Wie lange halten ihre Freundschaften?

Schule und Beruf

- Waren Sie im **Kindergarten**? Ab wann, wo und wie lange?
- **Welche Schulen** haben Sie besucht? Wann, wo und wie lange?

Schulart	Schulort	Zeitraum	Abschluss
----------	----------	----------	-----------

- 1.
- 2.
- 3.

- Welche **Stärken und Schwächen** hatten Sie in der Schule?
- Wie sahen die **Beziehungen** zu Ihren SchulkameradInnen aus?
- Wann haben Sie das **Elternhaus verlassen**? Wie erlebten Sie die Trennung vom Elternhaus?
- Welchen **Beruf(e)** haben Sie erlernt? Wo und wie lange? Von wann bis wann?
- **Weshalb** haben Sie **gerade diesen Beruf** erlernt?

- Wo haben Sie **bisher gearbeitet**? (angestellt, selbstständig, Voll- oder Teilzeit)

Firma	Ort	Zeitraum	Tätigkeit
-------	-----	----------	-----------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- Wenn Sie zurzeit **arbeitslos** sind: Seit wann sind sie arbeitslos?
- **Wo/was arbeiten Sie jetzt**? Wie lange sind Sie dort schon beschäftigt?
- Bitte beschreiben Sie Ihre **Aufgaben** und Ihre **Stellung** am Arbeitsplatz

Wie ist Ihr **Verhältnis** zu Ihren **Kollegen**, wie zu Ihren **Vorgesetzten**, wie ist das **Betriebsklima**?

- **Befriedigt Sie** Ihre gegenwärtige Tätigkeit? Wenn nicht: was gefällt Ihnen daran nicht?
Welche beruflichen **Ziele** haben Sie?

Partnerschaften, Ehe, Familie:

- Welche Einstellung hatten Ihre Eltern zur **Sexualität**?
- Wann und von wem sind Sie **aufgeklärt** worden? Wie haben Sie das erlebt?
- Wann und wie kamen Sie **erstmalig** mit **Sexualität** in Berührung?
- Gibt es **Probleme, Schwierigkeiten** mit der Sexualität?
- Wann lernten Sie Ihre(n) **ersten Partner/ erste Partnerin** kennen?
Wie alt waren Sie, wie alt war er/sie damals?

Was machte er/sie beruflich? Wie würden Sie ihn/sie beschreiben?

- Bitte beschreiben Sie in ähnlicher Weise **Ihre späteren Partnerschaften**
(Vorname, Altersunterschied, Tätigkeit, Verhalten, Zeitraum, ggf. Heirat):

- Bitte beschreiben Sie Ihre(n) **jetzigen Partner/jetzige Partnerin**:
In welchen Punkten passen Sie gut zueinander bzw. nicht so gut zueinander?

- Wie verstehen Sie sich mit der Familie Ihres Partners/Ihrer Partnerin?

- **Haben Sie Kinder?** Wenn ja, bitte nennen Sie Vornamen, Alter, Wohnort usw. Ihrer Kinder:

Vorname	Geburtsjahr	Wohnort	Beruf	Familienstand	Kinder
---------	-------------	---------	-------	---------------	--------

- 1.
- 2.
- 3.

- Haben oder hatten Sie mit Ihren Kindern **Erziehungsschwierigkeiten**?
Bitte beschreiben Sie Ihre Kinder und ihr Verhältnis zu Ihnen.

- **Wenn Sie geschieden sind:** Wie lange waren Sie verheiratet? Seit wann sind Sie geschieden?
Wie lange haben Sie allein gelebt?

- **Wie groß ist Ihr Zimmer/Ihre Wohnung/Ihr Haus**, wie hoch ist die Mietbelastung? Wie lange wohnen Sie schon dort? Wie verstehen Sie sich mit Ihren Nachbarn?

Nur für PatientInnen

- *In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?*
- *Waren Sie darauf vorbereitet, oder kam sie für Sie überraschend?*
- *Kommt die Periode regelmäßig oder unregelmäßig? Haben Sie dabei Beschwerden?*
- *Wann war die letzte Regelblutung?*
- *Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?*
- *Nehmen Sie die Pille (Kontrazeptivum) ein? Wenn ja, wie lange und von wann bis wann?*
- *Wie viele Schwangerschaften und Fehlgeburten hatten Sie? Wie viele Kinder leben?*
- *Wie war der Verlauf der Schwangerschaften? Wie war der Geburtsverlauf?*
- *Traten während der Schwangerschaft Erkrankungen auf?*

Zu Ihrer jetzigen Situation:

- Wer sind **die wichtigsten Personen** in Ihrem Leben?

- Wenn Sie sich **mit den Augen Ihres besten Freundes/ Ihrer besten Freundin** sehen könnten, wie würden Sie sich beschreiben?

- Welche **ängstlichen oder schmerzhaften Erlebnisse** Ihres Lebens sind bisher noch nicht erwähnt worden?

- Welches sind Ihrer Meinung nach Ihre **drei Hauptschwierigkeiten**?

- 1.
- 2.
- 3.

- Wenn eine gute Fee Ihnen **drei Wünsche** erfüllen wollte, was würden Sie sich wünschen?

- 1.
- 2.
- 3.

- Wenn Sie das alles überdenken, was Sie jetzt aufgeschrieben haben – **wie ist Ihrer Meinung nach Ihre Erkrankung entstanden?** Welche belastenden oder kränkenden Situationen gingen Ihren Beschwerden voraus? Wann und in welcher Situation setzten Ihre Beschwerden ein?

- Haben Sie **Erfahrungen** mit autogenem Training, progressive Muskelentspannung, Yoga oder einem anderen Imaginativen- oder Entspannungsverfahren?

- **Ressourcen:** Dazu gehören neben „klassischen Tugenden“ (z. B. Geduld, Pünktlichkeit ...) ebenso praktische Fertigkeiten (z.B. Kochen, Backen, Auto reparieren ...)

Bitte nennen Sie 10 Fähigkeiten:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

- Was können Sie besonders gut?

- Was tun Sie besonders gerne?

- Welche Möglichkeiten haben Sie, **sich selber zu helfen**?
... bzw. was hilft Ihnen in schwierigen/ belastenden Situationen?

Womit bzw. wie können Sie **sich beruhigen**?

An welchem **Ort** fühlen Sie sich besonders wohl?

Wo würden Sie gerne **Urlaub** machen?

Was sind Ihre (wichtigsten) **Lebensziele**?

Bitte formulieren sie mit Ihren Worten ihr **Therapieziel** und wie Sie dieses Ziel erreichen möchten:

Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens.