**Anamnesefragebogen für ambulante Psychotherapie**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte füllen Sie diesen Fragebogen **digital direkt in Word** aus. Ihre Angaben helfen, Ihre persönliche Situation und Ihre aktuellen Belastungen besser zu verstehen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

**Persönliche Angaben**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Straße |  |
| PLZ Wohnort |  |
| Handynummer |  |
| E-Mail-Adresse |  |
| Geburtsdatum |  |
| Datum der Bearbeitung |  |

**Aktuelle Lebenssituation**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Beschäftigung (Vollzeit, Teilzeit, Ausbildung) |  |
| Wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden) |  |
| Mit wem leben Sie zusammen? |  |
| Wohnsituation (Wohnung, Haus, WG, Miete, Eigentum) |  |
| Familienstand |  |
| Belastende Situationen beruflich oder finanziell |  |

**Anlass der Behandlung und Symptome**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Aktuelle Beschwerden? |  |
| Seit wann? |  |
| Welche Lebensumstände haben mit eine Rolle gespielt? |  |
| Womit könnten die jetzigen Beschwerden zusammenhängen? |  |

**Soziale Kontakte**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Beschreibung Kontakt zu Freunden/-innen |  |
| Konflikte oder Probleme im Freundeskreis |  |
| Beziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen/-innen |  |

**Freizeitgestaltung**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Wie verbringen Sie Ihre Freizeit meistens? |  |
| Aktivitäten zur Stressreduktion |  |
| Häufigkeit und Gestaltung des Urlaubs |  |

**Anlass der Behandlung und aktuelle Beschwerden**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Anlass der psychotherapeutischen Behandlung |  |
| Beschreibung aktueller körperlicher und psychischer Beschwerden |  |
| Beginn der Hauptbeschwerden (Monat/Jahr) |  |
| Ereignisse oder Umstände in Zusammenhang mit Beschwerden |  |
| Vermutete Ursachen für die Entstehung der Probleme |  |

**Vorbehandlungen: stationär/ambulant**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Anlass der stationären Behandlung? von wann bis wann? |  |
| Anlass der ambulanten Behandlung? von wann bis wann? |  |

**Beziehungen**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Aktuelle Beziehung (Ja/Nein) |  |
| Alter und Beruf des Partners/der Partnerin |  |
| Schwierigkeiten in der Beziehung |  |
| Vorherige längere Beziehungen oder Ehen |  |
| Kinder (Anzahl, Alter, Beziehung zum Kind) |  |
| Belastungen durch Kinder |  |

**Sexualität**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Einstellung der Eltern zu Sexualität |  |
| Sexueller Übergriff/Missbrauch in Familie |  |
| Zufriedenheit mit aktuellem Sexualleben |  |
| Aktuelle Konflikte oder Belastungen |  |

**Familiärer Hintergrund**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Alter und Beruf der Mutter bei Ihrer Geburt |  |
| Beziehung zur Mutter (Kindheit/heute) |  |
| Psychische Erkrankungen der Mutter |  |
| Alter und Beruf des Vaters bei Ihrer Geburt |  |
| Beziehung zum Vater (Kindheit/heute) |  |
| Psychische Erkrankungen des Vaters |  |
| Familienatmosphäre |  |
| Verluste oder Trennungen in der Familie |  |

**Geschwister**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Anzahl der Geschwister |  |
| Bruder/Schwester wie viele Jahre jünger o. älter? |  |
| Wie war die Beziehung in der Kindheit? |  |
| Wie ist das Verhältnis heute? |  |

**Psychische Vorgeschichte**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Frühere psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen |  |
| Erfahrungen mit früheren Behandlungen |  |
| Medikamente gegen psychische Beschwerden |  |

**Körperliche Gesundheit**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Gibt es chronische oder akute körperliche Beschwerden? |  |
| Mit oder ohne Einschränkungen im Alltag? |  |

**Ressourcen und Bewältigungsstrategien**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Persönliche Stärken zur Bewältigung |  |
| Strategien bei Problemen oder Stress |  |

**Ihre Erwartungen an die Therapie**

| **Frage** | **Antwort** |
| --- | --- |
| Ziele für die Therapie |  |
| Weitere wichtige Punkte |  |

**Schulischer und beruflicher Werdegang**

| **Schule/Ausbildung/Studium** | **Zeitraum (von/bis)** | **Abschluss** | **Bemerkungen** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Symptom-Checklisten**

Bitte bewerten Sie die Symptome anhand Ihres momentanen Zustands:

0 = Trifft überhaupt nicht zu, 1 = Trifft selten zu, 2 = Trifft manchmal zu, 3 = Trifft oft zu, 4 = Trifft immer zu

**Depression**

| **Symptom** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Niedergeschlagene Stimmung |  |  |  |  |  |
| Verlust von Interesse und Freude |  |  |  |  |  |
| Antriebslosigkeit |  |  |  |  |  |
| Ermüdung und Energiemangel |  |  |  |  |  |
| Schlafstörungen |  |  |  |  |  |
| Konzentrationsprobleme |  |  |  |  |  |
| Gefühle von Wertlosigkeit |  |  |  |  |  |

**Angststörungen**

| **Symptom** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Übermäßige Sorgen |  |  |  |  |  |
| Innere Unruhe |  |  |  |  |  |
| Vermeidungsverhalten |  |  |  |  |  |

**Zwangsstörungen**

| **Symptom** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zwangsgedanken |  |  |  |  |  |
| Zwangshandlungen |  |  |  |  |  |

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**