\_ .“

# ANAMNESE FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, Liber Patient,

# dieser Fragebogen soll dazu dienen, einen umfassenden Eindruck ihres lebensgeschichtlichen Hintergrunds, ihrer derzeitiges Situation und der aktuellen Belastungen zu erlagen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen leserlich aus. Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt.

|  |  |
| --- | --- |
| PERSÖNLICHE DATEN | |
| Name, Vorname: | |
| Datum: | Alter: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AKTUELLE SITUATION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berufsausbildung: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| gegenwärtige Beschäftigung: | | | | | | | | | | | wöchentliche Arbeitszeit: | | | | | | |
| o Vollzeit | | | | o Teilzeit | | | | o in Ausbildung | | | | | | | o erwerbslos | | |
| Mit wem leben Sie zusammen: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| o Wohnung | | o Haus | | | o Wohngemeinschaft | | | |  | | | o Miete | | | | o Eigentum | |
| Familienstand: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ledig | verlobt | | Verheiratet | | | | wiederverheiratet | | | getrennt | | | | geschieden | | | verwitwet |
| Wie ist lhr Kontakt zu...: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ...Freunden\* | | | | | | ... Vorgesetzten\* | | | | | | | ... Kollegen? | | | | |

|  |
| --- |
| Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? |
|  |
| Was machen Sie am Wochenende? |
|  |
| Wie oft und wie lange machen Sie Urlaub\* Wie gestalten sie diesen? |
|  |
|  |
| Wie ist Ihre finanzielle Situation? |
|  |
|  |

2

|  |  |
| --- | --- |
| ANLASS DER BEHANDLUNG UND SYMPTOME | |
| Was war der Anlass für Sie eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen? | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Beschreiben Sie möglichst konkret Ihre derzeitigen körperlichen und psychischen Beschwerden: | |
| \*' | 4- |
| z. | 5' |
| 3. | 6. |
| Wann haben die Hauptbeschwerden begonnen7 (Monat/Jahr) | |
| Welche anderen wichtigen Lebensereignisse und Umstände haben zur Zeit der Entwicklung der  Hauptbeschwerden oder unmittelbar davor eine wichtige Rolle gespielt? | |
|  | |
|  | |
| Haben Sie Vermutungen darüber, wie die Probleme entstanden sein könnten oder womit die  zusammen hängen könnten\* | |
|  | |
|  | |

3

|  |  |
| --- | --- |
| FAMILIÄRER HINTERGRUND | |
| MUTTER | |
| Alter der Mutter bei lhrer Geburt: | Beruf der Mutter: |
| Geburtskomplikationen: | |
| Verhältnis zur Mutter als Kind (z.B. konflikthaft, herzlich, warm): | |
|  | |
| Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Mutter heute? | |
|  | |
| Wenn lhre Mutter verstorben ist dann bitte hier eintragen, wann und woran: | |
|  | |
| Beschreiben Sie die Persönlichkeit lhrer Mutter: | |
|  | |
| Leidet oder litt Ihre Mutter an psychischen Erkrankungen? | |
|  | |
| VATER | |
| Alter des Vaters bei Ihrer Geburt: | Beruf des Vaters: |
| Verhältnis zum Vater als Kind (z.B. konflikthaft, herzlich, warm): | |
|  | |

4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BEZIEHUNGEN | | | |
| Haben Sie derzeit einen Lebenspartner/eine Lebenspartnerin? | | o ja | o nein |
| o heterosexuelle Beziehung | o homosexuelle Beziehung | | |
| Wie Alt ist Ihr(e) Partner(in)? | Sein/lhr Beruf: | | |
| Gibt es in der aktuellen Beziehung Schwierigkeiten? Wenn ja, welche? | | | |
|  | | | |
| Wie würden Sie Ihre Beziehung zueinander beschreiben? | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Hatten sie zuvor schon einmal eine längere Beziehung oder waren Sie schon einmal verheiratet\* | | | |
|  | | | |
| Haben Sie Kinder? (wie viele, Tochter/Sohn, Alter, Beziehung zum Kind) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Gibt es Belastungen durch das Kind/die Kinder? | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| SEXUALITÄT |
| Wie war die Einstellung lhrer Eltern zu Sexualität? In welcher Form wurde in der Familie über  Sexualität gesprochen? |
|  |
| Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie? |
|  |
| Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört? |
|  |
| Welche Ängste haben oder hatten Sie aufgrund sexueller Gefühle\* |
|  |
| Wie befriedigend ist lhr aktuelles Sexualleben? |
| Bei Frauen: Wie alt waren Sie bei lhrer ersten Periode und waren Sie darauf vorbereitet? |
|  |

|  |
| --- |
| Wie ist das Verhältnis zu lhrem Vater heute\* |
|  |
| Wenn Ihr Vater verstorben ist dann bitte hier eintragen, wann und woran: |
|  |
| Beschreiben Sie die Persönlichkeit lhres Vaters: |
|  |
| Leidet oder litt Ihr Vater an psychischen Erkrankungen? |
|  |
| BEZIEHUNG DER ELTERN |
| Wie war das Verhältnis Ihrer Eltern zueinander während lhrer Kindheit und Jugend? |
|  |
| Wie ist das Verhältnis zwischen Ihren Eltern heute7 |

5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GESCHWISTER | | | |
| z. | o Schwester | o Bruder | Wie viele Jahre älter/jünger? |
| Wie war das Verhältnis in Kindheit und Jugend\* | | | |
|  | | | |
| Wie ist das Verhältnis heute? | | | |
|  | | | |
| Erkrankungen\* (körperliche und psychische) | | | |
| z. | o Schwester | o Bruder | Wie viele Jahre älter/jünger? |
| Wie war das Verhältnis in Kindheit und Jugend\* | | | |
|  | | | |
| Wie ist das Verhältnis heute? | | | |
|  | | | |
| Erkrankungen? (körperliche und psychische) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| $. | o Schwester | o Bruder | Wie viele Jahre älter/jünger\* |
| Wie war das Verhältnis in Kindheit und Jugend? | | | |
|  | | | |
| Wie ist das Verhältnis heute? | | | |
|  | | | |
| Erkrankungen\* (körperliche und psychische) | | | |
| WEITERE VERWANDTE | | | |
| Gibt oder gab es noch weitere Verwandte, die für Sie in lhrem Leben eine besondere Bedeutung  hatten oder haben? Um wen handelt es sich und in welcher Form war oder ist die Person wichtig? | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

6

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KINDHEIT | | | | | | |
| Wie haben Sie lhre Kindheit in Erinnerung? | | | | | | |
| Hatten Sie ein oder mehrere der folgenden Probleme in Ihrer K indheit? | | | | | | |
| Alpträume | Bettnässen | Schlafwandeln | Daumenlutschen | Nägelkauen | Stottern | Ängste |
| Wie war Ihr Gesundheitszustand in Ihrer Kindheit? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Welche Interessen und Neigungen hatten Sie früher? (Sportverein, Hobbies\*) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| KINDERGARTEN UND SCHULE |
| Haben Sie den Kindergarten besucht\* |
| Von wann bis wann\* (Jahr) |
| Haben Sie noch Erinnerungen an die Kindergartenzeit? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Schulen haben Sie in welchen Zeiträumen besucht7 | |
| Schule | Jahre (von/bis) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Wie waren Ihre schulischen Leistungen\* Waren Ihnen gute Schulnoten wichtig\* | |
|  | |
| Welches waren Ihre Stärken in der Schule\* | |
|  | |
| Was waren Ihre Schwächen\* | |
|  | |
| Welchen Schulabschluss haben Sie\* | |
| Wie war der Kontakt zu Ihren Lehrern\* | |
|  | |
| Wie war der Kontakt zu Mitschülern\* | |
|  | |

7

|  |  |
| --- | --- |
| AUSBILDUNG / STUDIUM | |
| Welche Ausbildung oder welches Studium Sie in welchen Zeiträumen gemacht? | |
| Ausbildung/Studiengang | Jahre (von/bis) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Sind Ihnen Ihre Leistungen im Beruf wichtig? Wenn ja, warum? | |
|  | |