Biografischer Anamnesebogen - Erwachsene

Bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen:

Mit diesem Fragebogen sollen Informationen über Ihre Beschwerden und Ihre Lebensgeschichte gesammelt werden. Ihre Auskunft hilft dabei, die psychotherapeutische Behandlung / Diagnostik vorzubereiten und ggf. die Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen.

All Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Allgemeine Informationen und aktuelle Lebenssituation

Name:_____

Vorname:_____

Geburtsdatum:_____Alter:_____

Geschlecht: _____

Adresse:_____

Telefon:_____

E-Mail:_____

Schulabschluss: _____

Erlernter Beruf:_____

Derzeitige oder letzte Tätigkeit:_____

Derzeit bin ich:
☐ arbeitslos ☐ berufstätig ☐ berentet ☐ krankgeschrieben, seit_____

Wenn berufstätig: ☐ angestellt ☐ beamtet ☐ selbstständig

Hausarzt:_____

Körpergröße: _____ Gewicht:_____

Familienstand:

- Verheiratet seit: _____
- Getrennt lebend seit: _____
- Geschieden seit: _____
- Wiederverheiratet seit: _____
- Sonstiges: _____

Welche Personen leben noch mit in Ihrem Haushalt (Kinder, Partner etc.)?

_____

_____

_____

So wohnen Sie aktuell:

☐ Eigenheim ☐ Miethaus ☐ Mietwohnung ☐ anderes:_____

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie freundlichen Kontakt zu Ihrer Nachbarschaft? ☐ ja ☐ nein

Wohnen Familienangehörige oder Bekannte in Ihrer Nähe? ☐ ja ☐ nein

Wie oft sind Sie in Ihrem Leben umgezogen? Insgesamt_____mal in_____Jahren

Welche Interessen und Hobbies haben Sie?

_____

_____

Machen Sie Sport? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welchen und wie oft?

_____

_____

Krankenversicherung / Beihilfe

☐ private Krankenversicherung

Versicherung: _____

☐ Beihilfe

☐ Selbstzahler/in

Anlass der Vorstellung

Was ist der aktuelle Anlass für die Anmeldung?

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden und Probleme, wegen denen Sie Unterstützung suchen.

_____

_____

_____

_____

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

_____

_____

Was führt dazu, dass Sie gerade jetzt Unterstützung suchen (z.B. Verschlechterung, konkreter Anlass)?

_____

_____

_____

Welche Erklärung haben Sie für Ihre Beschwerden?

_____

_____

_____

Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um mit Ihren Beschwerden umzugehen?

_____

_____

_____

Was können Sie vielleicht aufgrund Ihrer Beschwerden nicht mehr tun, obwohl Sie es gern tun würden? Wie behindern Sie Ihre Beschwerden im Alltag?

_____

_____

_____

_____

Wie reagiert Ihr Umfeld (Verwandte, Bekannte, Arbeitskollegen) auf Ihre Probleme?

_____

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja:
Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja:
Häufigkeit und Menge: _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja:
Häufigkeit und Menge: _____

Konsumieren Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja:
Häufigkeit und Menge: _____

Welche? _____

Aktuelle Beschwerden

Bitte kreuzen Sie Ihre aktuellen Beschwerden an und beschreiben Sie sie ggf. genauer:

<u>Emotionale Beschwerden</u>
☐ Ängste _____
☐ Traurigkeit _____
☐ Stimmungsschwankungen _____
☐ geringe Frustrationstoleranz _____
☐ Zwänge _____
☐ Sorgen _____
☐ Selbstwertprobleme _____
☐ Grübeln _____
☐ Gereiztheit _____
☐ Nervosität _____
☐ Gedanken an den Tod _____
☐ Sonstige _____

Verhalten

☐ Wutanfälle _____
☐ aggressives Verhalten _____
☐ Spielsucht _____
☐ Schüchternheit _____
☐ Rückzug _____
☐ Antriebslosigkeit _____
☐ Antriebssteigerung _____
☐ Zwänge _____
☐ Selbstverletzendes Verhalten _____
☐ Vermeidungsverhalten _____
☐ Sonstige_____

Beruf / Finanzen

☐ Unzufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit _____
☐ Leistungsprobleme _____
☐ Konflikte mit Kollegen _____
☐ Konflikte mit Vorgesetzten _____
☐ Leistungsangst _____
☐ Sonstige _____

Körperliche Beschwerden und Probleme

☐ Schlafprobleme _____
☐ Schmerzen _____
☐ Konzentrationsstörungen _____
☐ Essprobleme _____
☐ Unruhe _____
☐ Verdauungsstörungen _____
☐ sexuelle Probleme _____
☐ Chronische Erkrankungen _____
☐ Sonstige _____

Soziale Situation

☐ Probleme mit Freundschaften
☐ Probleme in Partnerschaft
☐ soziale Unsicherheit
☐ Konflikte in der Familie

Sonstige Beschwerden:

_____
_____

Bitte kreuzen Sie die Gedanken oder Überzeugungen an, die Sie gelegentlich haben.

☐ Ich darf keine Fehler machen.
☐ Ich muss von allen Menschen gemocht werden.
☐ Ich bin für alles verantwortlich.
☐ Ich muss die Kontrolle über alles behalten.
☐ Ich bin wertlos.
☐ Ich muss perfekt sein, um geliebt zu werden.
☐ Wer Hilfe benötigt, ist schwach.
☐ Ich werde für immer so sein, wie ich bin.
☐ Ich muss mehr leisten als andere.
☐ Es ist wichtig, dass niemand weiß, wie es mir wirklich geht.

Sonstige:

_____

_____

_____

_____

Familiäre Situation

Vater

Vorname: _____ Alter: _____

Falls Ihr Vater verstorben ist:

Todesjahr: _____ Todesursache: _____

Beruf: _____

Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrem Vater gemeinsam?

_____

_____

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Vater:

_____

_____

Sind bei Ihrem Vater besondere Erkrankungen (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein
☐ ja

Falls ja, welche?

_____

_____

Mutter

Vorname: _____ Alter: _____

Falls Ihre Mutter verstorben ist:

Todesjahr: _____ Todesursache: _____

Beruf: _____

Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrer Mutter gemeinsam?

_____

_____

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter:

_____

_____

Sind bei Ihrer Mutter besondere Erkrankungen (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

_____

Falls sich Ihre Eltern getrennt haben / scheiden lassen haben:

Wie alt waren Sie bei der Scheidung? _____

Wie kamen Sie damit zurecht? _____

Bei wem wuchsen Sie auf? _____

Hatten Sie Stiefeltern?

☐ nein
☐ ja

Falls ja, wie kamen Sie mit Ihren Stiefeltern aus?

_____

_____

Machen Sie kurze Angaben zu Ihren Geschwistern:

Vorname	Geburtsjahr	Beziehung früher	Beziehung heute

Sind bei den Geschwistern besondere Erkrankungen (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein

☐ ja

Falls ja, welche und bei wem?

_____

_____

_____

Sind bei anderen Verwandten besondere Erkrankungen (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein

☐ ja

Falls ja, welche und bei wem?

_____

_____

Beschreiben Sie die Atmosphäre in dem Zuhause, in dem Sie aufgewachsen sind:

☐ herzlich	☐ fürsorglich	☐ distanziert	☐ lieblos
☐ kalt / herzlos	☐ leistungsorientiert	☐ fordernd	☐ vertrauensvoll
☐ streng	☐ überbehütend	☐ konflikthaft	☐ konfliktvermeidend

Schwangerschaft und frühe Entwicklung

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft (z.B. starkes Erbrechen bei der Mutter, Krankenhausaufenthalte), Geburt (z.B. Notkaiserschnitt) oder während Ihrer frühen Entwicklung (z.B. geringes Geburtsgewicht, verzögerte motorische Entwicklung, Verzögerung in der Sprachentwicklung oder Sauberkeitserziehung)?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

_____

_____

_____

Hat Ihre Mutter während der Schwangerschaft geraucht, Alkohol oder Drogen konsumiert oder Medikamente eingenommen?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, wie viel und was?

_____

_____

_____

Schulzeit, Ausbildung, Beruf

Regulärer Schuleintritt: ☐ Rückstufung: ☐

Alter bei Schuleintritt: _____

Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Mitschülern? Waren Sie beliebt, wurden Sie gehänselt oder waren Sie Außenseiter?

_____

_____

_____

Gab es Probleme oder Auffälligkeiten in Ihrer Schulzeit?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

_____

_____

Partnerschaft

Befinden Sie sich in einer Partnerschaft? ☐ nein ☐ ja, seit _____

Sind Sie zufrieden in Ihrer Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein, weil_____

Kinder

Haben Sie Kinder: ☐ nein ☐ ja
Falls ja, machen Sie eine kurze Angabe zu Ihren Kindern:

Vorname	Geburtsjahr	Beziehung zu Ihnen

Gab es in der Entwicklung Ihrer Kinder irgendwelche Herausforderungen, Komplikationen oder besondere Ereignisse, die Sie nachhaltig beeinflusst haben?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

_____

_____

Medizinische Vorgeschichte

Frühere Erkrankungen / Operationen:

_____

_____

Aktuelle Medikamente:

_____

Bekannte Diagnosen:

_____

_____

Bestehen aktuell ärztliche Behandlungen? Wenn ja, bei wem und weswegen?

_____

_____

_____

Gab es in der Vergangenheit Suizidversuche?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche Belastungsfaktoren lagen vor?

_____

_____

Psychotherapeutische / psychiatrische Vorbehandlungen

Gab es bereits psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen?
☐ nein
☐ ja

Falls ja:
Wann? _____

Bei wem? _____

Diagnosen / Inhalte:

_____

_____

_____

Ziele der Behandlung

Welche Veränderungen wünschen Sie sich?

_____

_____

_____

_____

Beschreiben Sie Ihre Erwartungen an die Behandlung. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig? Welche Inhalte stellen Sie sich vor?

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift