



KLINISCHER ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus, um uns eine schnelle Bearbeitung zu ermöglichen. Sie unterstützen somit die Therapeuten schon vorab beim Verständnis Ihrer Lebensgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind Außenstehenden grundsätzlich nicht zugänglich.

Name: _____ **Datum:** _____

Straße: _____ **Geb.-Dat:** _____

Wohnort: _____ **Geb.-Ort:** _____

Telefon: _____ **Krankenkasse:** _____

Wer hat Sie zu uns überwiesen/ auf uns hingewiesen?

A. WOHSITUATION

1. Beschreiben Sie Ihre Wohnsituation:

2. Mit wem leben Sie zusammen (geben Sie Verwandtschaftsart und Alter an, z.B. Ehefrau/36, Partner /45, Tochter/22 oder alleinlebend):

B. AUSBILDUNG UND BERUFSSTAND

2. Schulabschluss?

Volks/Hauptschule	<input type="checkbox"/>	Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>
(Fach-) Abitur	<input type="checkbox"/>	(Fach-) Hochschule	<input type="checkbox"/>

2. Erlernter Beruf: _____

3. Zuletzt ausgeübter Beruf: _____ **seit (Jahr)** _____

4. Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzwechsel in den letzten 3 Jahren?



Zukünftige Berufspläne und Änderungswünsche:

C. FAMILIENSTAND

1. Ledig / verheiratet / mit Partner/in lebend / verwitwet / geschieden / getrennt lebend seit (Jahr) _____
 2. Beruf / Tätigkeit des (Ehe-) Partners: _____
 3. Kinder (Alter, evtl. Schule/Beruf): _____
-

D. JETZIGE BESCHWERDEN

1. Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten diejenigen Probleme und Beschwerden, aufgrund derer Sie einen Klinikaufenthalt wünschen:

2. Wann sind Ihre Probleme / Beschwerden erstmals aufgetreten? Beschreiben Sie die Entwicklung:

3. Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden von einem Arzt untersucht worden? Falls Ja, wann und mit welchem Ergebnis? Ja Nein

4. Wurden sie wegen Ihrer oben genannten Beschwerden bereits behandelt? Ja Nein



5. Waren Sie in den vergangenen 2 Jahren in bestimmten Bereichen besonderen Belastungen oder Konflikten ausgesetzt (zutreffende Bereiche ankreuzen und erläutern)?

- a. familiäre Situation b. Wohnsituation c. berufliche Situation
- d. Finanzielle Situation e. Gesundheitszustand f. Sexuelle Probleme

6. Kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft:

Zwänge	<input type="checkbox"/>	Unselbständigkeit	<input type="checkbox"/>	übermäßiger Ehrgeiz
körperliche Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/>	Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	panische Ängste
unfähig, mich zu amüsieren	<input type="checkbox"/>	ich kann keine Arbeitsstelle halten	<input type="checkbox"/>	Alpträume
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	Probleme mit Alkohol	<input type="checkbox"/>	unfähig, mich zu entspannen
Wutanfälle	<input type="checkbox"/>	Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Entscheidungsunfähigkeit
kann mich nicht durchsetzen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Ladendiebstähle
Hass auf mich selbst	<input type="checkbox"/>	ich kann keine Freunde gewinnen	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
Überkontrolliertheit	<input type="checkbox"/>	Angst vor eigenen Gefühlen	<input type="checkbox"/>	ich kann mich nicht beherrschen
Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	Angst vor einem Herzinfarkt
Tendenz mich an andere zu klammern	<input type="checkbox"/>	Verwirrung	<input type="checkbox"/>	bleierne Müdigkeit
Gefühl versagt zu haben	<input type="checkbox"/>	Leiden unter Folgen von Missbrauch	<input type="checkbox"/>	Innere Unruhe
allgemeine Ängste	<input type="checkbox"/>	Interessenlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Rückzug vom sozialen Leben
Zukunftsängste	<input type="checkbox"/>	Schwindelattacken	<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit
kalte Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwäche
Depressionen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

E. MEDIZINISCHE DATEN

1. Körpergröße: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg

2. Sind in den letzten 3 Jahren bei Ihrem Gewicht größere Schwankungen aufgetreten? Ja Nein

Falls „Ja“, bitte Schwankungsbereich in kg und den Zeitraum angeben:

Zunahme:

Abnahme:

3. Sind Ihnen Krankheiten oder Auffälligkeiten aus der Zeit vor, während und nach Ihrer Geburt, sowie aus dem Säuglingsalter bekannt?



4. Gesundheitszustand bzw. Krankheiten während Ihrer Kindheit und Jugend:

5. Aktueller Gesundheitszustand: Führen Sie alle Krankheiten, Unfälle, Operationen und Behinderungen auf, bei Krankenhausaufenthalten auch Jahr und Dauer angeben.

Bitte legen Sie aktuelle Arzt- und Krankenhausberichte bei oder veranlassen Sie, dass diese uns zugesandt werden:

6. Sind Sie krankgeschrieben?

Ja

Nein

Falls „Ja“, seit wann und aus welchem Grund?

7. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

Ja

Nein

Falls „Ja“, wann und aus welchem Grund?

8. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente eingenommen?

Ja

Nein

Falls „Ja“, welche Medikamente, Menge, wie lange, mit welchem Erfolg, auf ärztliche Anordnung?

F. SELBSTSCHÄDIGENDE VERHALTENSWEISEN

1. Haben Sie Probleme in Ihrem Umgang mit Alkohol?

Ja

Nein

Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:

2. Haben Sie Probleme im Zusammenhang mit Essen?

Ja

Nein

Beschreiben Sie Ihr Essverhalten. Erwähnen Sie insbesondere Fressanfälle, Erbrechen Abmagern, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln oder Appetitzüglern:



3. Sehen Sie Probleme in Ihrem Umgang mit Nikotin Ja Nein
Sofern Sie rauchen, was und wie oft rauchen Sie?

4. Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein? Ja Nein
Wenn „Ja“, welche Drogen, Zeitraum und Mengen:

5. Haben Sie Probleme im Umgang mit Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmitteln? Ja Nein
Welche Medikamente haben Sie eingenommen, beschreiben Sie bitte Mengen und Einnahmezeiträume:

Haben Sie diese Medikamente auch ohne ärztliche Anordnung eingenommen Ja Nein

6. Haben Sie Selbstmordversuche unternommen? Ja Nein
Falls „Ja“, Hintergrund, wann und auf welche Art:

7. Haben Sie sich jemals selbst bewusst Verletzungen beigelegt? Ja Nein
Falls „Ja“, beschreiben Sie dies bitte:

8. Haben Sie Sorge, dass Sie an einer Sucht leiden? Worauf bezieht sich Ihre Sorge?

a. Alkoholsucht	<input type="radio"/>	b. Medikamentensucht	<input type="radio"/>	c. Drogensucht	<input type="radio"/>
d. Magersucht	<input type="radio"/>	e. Ess-brechsucht	<input type="radio"/>	f. Esssucht	<input type="radio"/>
g. Spielsucht	<input type="radio"/>	h. Fernsehsucht	<input type="radio"/>	i. Sex- oder Beziehungssucht	<input type="radio"/>

k. anderes

Erläuterungen:



G. FAMILIE

1. Geburtsjahr des Vaters:

Falls verstorben:

Beruf:

(Jahr):

2. Geburtsjahr der Mutter:

Falls verstorben:

Beruf:

(Jahr):

3. Anzahl der Brüder: _____ und Schwestern: _____ wievielter sind Sie _____

4. Welche seelischen/psychiatrischen oder schweren körperlichen Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, eigene Kinder) bekannt? Erwähnen Sie auch Suchtkrankheiten und Selbstmorde:

5. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und die Beziehung zwischen Ihnen:

6. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und die Beziehung zwischen Ihnen:

7. Lebten Ihre Eltern getrennt?

Ja Nein

Beschreiben Sie die Atmosphäre im Elternhaus. Wie gingen die Eltern miteinander und mit den Kindern um?

8. Waren Sie in Ihren ersten 6 Lebensjahren für längere Zeit von den Eltern getrennt?

Ja Nein

Falls „Ja“, beschreiben Sie die Gründe. Wer hat Sie erzogen?



9. Welche Person hatte den wichtigsten Einfluss auf Sie in Ihrer Kindheit?

Vater Mutter Andere

Bitte erläutern:

10. Leben Sie gegenwärtig in einer festen Beziehung?

Ja Nein

Falls „Ja“, beschreiben Sie die Art und Bedeutung der Beziehung für Sie:

Falls „Nein“, erläutern Sie dies bitte:

11. Falls Sie eigene Kinder haben, beschreiben Sie die Beziehung zu Ihnen:

H. SEXUALITÄT

1. Haben Sie sexuelle Probleme?

Ja Nein

Falls „Ja“, wie äußern sich diese?

2. Gibt es für Sie belastende Erinnerungen/Erlebnisse im sexuellen Bereich?

Ja Nein

Falls „Ja“, beschreiben Sie deren Auswirkungen auf Ihr Leben:



I. PERSÖNLICHES

1. Sind Sie schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt gekommen?

Ja Nein

Falls „Ja“, beschreiben Sie dies:

2. Haben Sie Probleme im Umgang mit Ihrer Freizeit?

Ja Nein

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

3. Haben Sie für sich typische Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Freunden oder Bekannten?

Ja Nein

Falls „Ja“, beschreiben Sie dies:

8. Mögen Sie Ihren Körper

Ja Nein

Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrem Körper:



K. THERAPIE UND SELBSTHILFE

1. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Ja Nein

Falls „Ja“, bei wem, wann, wie lange und aus welchem Grund?

2. Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe teil?

Ja Nein

Falls „Ja“, welche Gruppe, aus welchem Anlass, seit wann und wie regelmäßig?

3. Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik?

4. Auf welche Art werden Sie, Ihrer Vermutung nach, während des Aufenthaltes in unserer Klinik in für Sie typische Schwierigkeiten kommen?

Gibt es irgendetwas, was Ihnen noch wichtig erscheint und bisher nicht erwähnt wurde?
