**Anamnesebogen:** *(Über den Link können Sie sich den Anamnesebogen downloaden und ausdrucken.)*

Bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen ausführlich und gründlich auszufüllen. Der Anamnesefragebogen dient dazu, Ihre jetzige Situation und Befindlichkeit richtig einschätzen zu können und für die weitere Therapie.

In meiner Tätigkeit unterliege ich der Schweigepflicht, d.h. alle Angaben, die Sie zu Ihrer Person machen, werden streng vertraulich behandelt.

Schwierige oder unangenehme Fragen können Sie mit einem Fragezeichen versehen und wir können darüber sprechen. Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bitte möglichst ehrlich aus.

**Um Kosten und Zeit in den ersten Therapiestunden zu sparen, senden Sie den ausgefüllten Fragebogen vor dem nächsten Termin an** **info@beratung-broecker.de** **oder stecken diesen in meinen Briefkasten!**

Name und Vorname………………………………………………………………

Straße:………………………………………………………………………………………..

Postleitzahl/Wohnort:……………………………………………………Telefon:……………………………………………

Geburtsdatum:……………………………………………………………………………

Jetziger Beruf:……………………………………Ausbildung/Studium:…………………………

Wie wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam? ......................................................................

Aktuelle Beschwerden (Symptome) – Was sind die Gründe für Ihren Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung?

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Welches sind die 3 Hauptbeschwerden unter den oben genannten?

1……………………………… 2……………………………………….. 3…………………………………………………

Wann begannen diese Beschwerden (Monat und Jahr)?

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Traten diese Beschwerden jemals vorher (vielleicht geringer ausgeprägt) auf?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Jetzige Lebenssituation: Mit wem leben Sie zusammen? ...................................................................................................................................................................................

Hatten Sie frühere Beziehungen und ggf. woran sind diese gescheitert? ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Haben Sie Kinder? Wie alt sind sie? Gibt es hier Probleme oder hatten Sie welche? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

Arbeiten Sie zurzeit? Wie lange? Wo? ..................................................................................................................................................................................................................................................................................

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend? ..............................................................................................................................................................................................................................................................

Haben Sie finanzielle Probleme? ....................................................................................................................................................................................

Wie erleben Sie Ihre momentane Beziehung oder Ehe? Oder das Alleinsein?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Gibt es Probleme? Wenn ja, welche? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre/n Partner/in: Was macht sie/er beruflich? Wie alt ist sie/er? Welche Eigenschaften hat sie/er?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gibt es sexuelle Schwierigkeiten innerhalb von Beziehung/en? Wenn ja wann und welcher Art?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wie viele Geschwister haben Sie (Altersunterschied)?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie ist das Verhältnis unter den Geschwistern heute? Welche Rolle spielen Sie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Waren Sie schon einmal oder sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt? Welche therapeutischen Ansätze und Methoden (zum Bsp. Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Psychoanalyse) wurden angewandt? Bitte schildern Sie so genau wie möglich.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie lange waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nehmen Sie Psychopharmaka? Nehmen Sie andere Medikamente? Bitte schildern Sie genau, welche Medikamente Sie einnehmen und wofür:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sonstige körperliche Erkrankungen (zum Beispiel: Asthma, Herzerkrankungen, Augenerkrankungen): …………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen? Wenn ja, welche: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hatten Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen? Beschreiben Sie diese näher!

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

…………………………………………………………………………………………………………

Haben Sie Erfahrungen mit Drogen? Wenn ja, mit welchen?

……………………………………………………………………………………………………

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft (täglich, 3mal pro Woche, 1mal pro Woche, nur an Wochenenden)?

………………………………………………………………………………………………………………….

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Oder berentet? Wenn ja, seit wann?

………………………………………………………………………………………………………………………….

Wann hatten Sie die letzte körperliche Untersuchung bei einem Arzt/Allgemeinmediziner? Gab es Befunde? Wenn ja, welche?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie waren Sie als Kind? Beschreiben Sie sich kurz:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie war das Verhältnis zu Ihren Geschwistern? Welche Rolle spielten Sie und wie wichtig sind die Geschwister für Sie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Beschreiben Sie kurz Ihren Vater: Welche Eigenschaften hatte oder hat er? Was hat er beruflich gemacht? Lebt er noch oder wann und woran ist er gestorben?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Welche Beziehung hatten Sie zum ihm? Haben Sie sich geliebt gefühlt? Welche Beziehung haben Sie heute zu ihm?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Beschreiben Sie kurz Ihre Mutter: Welche Eigenschaften hatte oder hat Sie? Lebt Sie noch oder wann und woran ist sie gestorben?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Welche Beziehung hatten Sie zu ihr? Haben Sie sich geliebt gefühlt? Welche Beziehung haben Sie heute zu ihr?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gab es Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war oder unter der Geburt? Wenn ja, welche?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank? Oder hatten Sie Probleme?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme, wie zum Beispiel Bettnässen, Stottern, Ängste oder Ähnliches? (ADHS…)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie lange haben Sie Zuhause gewohnt?

…………………………………………………………………………………………………………....

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wurden Sie religiös erzogen?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus? Welche Konflikte gab es?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Welche Probleme hatten Sie als Kind?

…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hatten Sie in Ihrer Kindheit gute Kontakte zu anderen Kindern oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wie war Ihre schulische Entwicklung? Gab es Schwierigkeiten?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wie wurde in Ihrer Familie mit dem Nacktsein umgegangen?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

In welchem Alter und wie stark tauchten bei Ihnen diesbezüglich Schamgefühle auf?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Waren Sie aufgeklärt und darauf vorbereitet?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Was fehlt Ihnen im Leben?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Welche Probleme gibt es heute in Ihrem Leben?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Gab es oder gibt es belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände (Tod einer Bezugsperson, Scheidung, Heim, Scheidung der Eltern)?** **Bitte unbedingt ausfüllen!**

In Ihrer Kindheit/Jugend:

Wichtige Lebensereignisse………………………………………………………………………….

Ihr Alter damals…………………………………………………………………………………………

Konkrete Auswirkung…………………………………………………………………………………..

Ihr Gefühl………………………………………………………………………………………………..

Erwachsene/r:

Lebensereignis…………………………………………………………………………………………

Ihr Alter…………………………………………………………………………………………………..

Konkrete Auswirkung…………………………………………………………………………………..

Ihr Gefühl………………………………………………………………………………………………..

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Haben Sie heute Menschen, die Ihnen zur Seite stehen und Sie unterstützen?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Haben Sie Hobbies? Wenn ja, welche und wie häufig üben Sie diese aus?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Welche Hobbies würden Sie gern ausüben, wenn es Ihnen möglich wäre?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

1……………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………….

Was wollen Sie in der Psychotherapie/psychologischen Beratung erreichen?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Zutreffendes bitte ankreuzen und bei Mehrfachnennungen bitte das Zutreffende unterstreichen!***

*Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bitte möglichst ehrlich aus. Vielen Dank.*

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja( ) Nein ( )

Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie weniger Freuden oder Interessen? Ja ( ) Nein ( )

Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos? Ja ( ) Nein ( )

Zweifeln Sie an sich und haben Sie Angst zu versagen? Ja ( ) Nein ( )

Können Sie sich konzentrieren? Ja ( ) Nein ( )

Fühlen Sie sich langsamer als früher oder vermehrt nervös oder angespannt? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass es besser wäre, Sie seien tot oder hatten Sie Selbstmordgedanken? Ja ( ) Nein ( )

Gab es früher Phasen, wo Sie hoffnungslos oder deprimiert waren? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Ängste oder Angstattacken? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Probleme mit Alkohol? Ja ( ) Nein ( )

Hat Ihnen schon jemand geraten mit dem Trinken aufzuhören? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie häufig wiederkehrende Albträume? Ja ( ) Nein ( )

Essen Sie öfters große Mengen an Lebensmitteln? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Ess-Mengen zu kontrollieren? Ja ( ) Nein ( )

Fasten Sie öfter? Haben Sie Gewichtsschwankungen? Ja ( ) Nein ( )

Treiben Sie extrem viel Sport? Ja ( ) Nein ( )

Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle? Ja ( ) Nein ( )

Bringen Sie sich selbst zum Erbrechen? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Tendenzen, sich bewusst selbst zu verletzen? Ja ( ) Nein ( )

Leiden Sie manchmal oder häufiger unter: - wenn häufiger, bitte die Beschwerde/n unterstreichen -

Ohrgeräuschen ( ), Schwindel ( ), Atemnot ( ), Herzklopfen ( ), Druckgefühl ( ), Schmerzen in der Brust ( ), Beklemmungsgefühlen ( ), Kloßgefühl im Hals ( ), Schwitzen ( ), Nervosität ( ), Unruhe ( ), Magenschmerzen ( ), Rückenschmerzen ( ), Menstruationsbeschwerden ( ), Kopfschmerzen ( ), Übelkeit ( )?

*Danke und jetzt haben Sie es geschafft!*