

D E N N I S R A P P

P S Y C H O T H E R A P I E
C O A C H I N G

Anamnesebogen (Psychotherapie)

Datum:.....

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen ausführlich und gründlich auszufüllen. Er wird nach Ihrem Gespräch ausgewertet und dient dazu, Ihre jetzige Situation und Befindlichkeit richtig einschätzen zu können und ggf. die notwendigen psychotherapeutischen Maßnahmen einzuleiten. Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bittet möglichst ehrlich aus. Vielen Dank!

Name:.....

Geburtstag:..... jetziger Beruf:.....

Schulbildung:.....

Erlerner Beruf:.....

Aktuelle Beschwerden (Symptome):

Weshalb kommen Sie gerade jetzt?

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

Jetzige Lebenssituation:

Mit wem leben Sie zusammen?

.....
Hatten Sie längere frühere Beziehungen und woran sind sie ggf. 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, warum gerade diese?

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

.....

Haben Sie finanzielle Probleme?

.....

Wie erleben Sie ihre momentane Beziehung oder Ehe?

.....

Gibt es Probleme, wenn ja welche?

.....

Beschreiben Sie kurz ihre/n Partner/in, was macht er/sie beruflich, wie alt ist er/sie, welche Eigenschaften hat er/sie:

.....

.....

Gibt es sexuelle Schwierigkeiten?

.....

Gab es früher sexuelle Schwierigkeiten?

.....

Wie viele Geschwister haben Sie (Altersunterschied)?

.....

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern, welche Stellung hatten Sie?

.....

Wie waren Sie als Kind, beschreiben Sie sich kurz:

.....

.....

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

.....

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank oder hatten sie Probleme?

.....

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste oder ähnliches?

.....

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen, wenn ja, nennen Sie diese bitte:

.....

.....

Schwierige oder unangenehme Fragen können Sie mit einem Fragezeichen versehen und wir können darüber sprechen!!!

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern, oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

.....

Wie war Ihre schulische Entwicklung, gab es Schwierigkeiten?

.....

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 zu ihm, haben Sie sich geliebt gefühlt?

.....

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, wie lange haben Sie Zuhause gewohnt?

.....

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

.....

Wurden Sie religiös erzogen? Glauben Sie an Gott?

.....

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

.....

Welche Probleme hatten Sie als Kind?

.....

.....

.....

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

.....
.....

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

.....
Welche Probleme gibt es heute in ihrem Leben?

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

.....
Hatten Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....
.....

Rauchens Sie, wenn ja wie viel?

.....
Haben Sie Erfahrungen mit Drogen, wenn ja mit welchen?

.....
Sind Sie zurzeit krankgeschrieben oder berentet, wenn ja seit wann?

.....
Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

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

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

Was wollen Sie in der Psychotherapie für sich erreichen?

.....
Hatten Sie schon einmal Psychotherapie?

.....

Reicht der Platz nicht aus, dann verwenden Sie bitte die Rückseite.

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

- Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja Nein
- Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie? Ja Nein
- Haben Sie vermindertem oder vermehrten Appetit? Ja Nein
- Haben Sie weniger Freude und Interessen? Ja Nein
- Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos? Ja Nein
- Zweifeln Sie sich an 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 wären tot oder hatten sie Selbstmordgedanken? Ja Nein
- Gab es früher Phasen, wo sie hoffnungslos oder deprimiert waren? Ja Nein
- Waren sie auch schon mal in ihrem Leben sehr umtriebig, aufgedreht, über längere Zeit gehobener Stimmung, wo ihnen alles von der Hand ging und Sie kaum Schlaf brauchten? Ja Nein
- Haben Sie Ängste oder Angstattacken? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit Alkohol oder anderen Substanzen? Ja Nein
- Hat Ihnen schon jemand geraten mit dem Konsum aufzuhören? Ja Nein
- Haben Sie öfter morgens oder schon bei der Arbeit konsumiert? Ja Nein
- Waren sie morgens verkatert? Ja Nein
- Sind Sie der Schule oder der Arbeit ferngeblieben, weil sie am Abend vorher konsumiert hatten? Ja Nein
- Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil sie konsumiert haben? Ja Nein
- Sind Sie schon einmal Auto gefahren, nachdem sie einige Gläser Alkohol getrunken hatten? Ja Nein

Essen sie öfters große Mengen an Lebensmitteln? Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten ihre Ess-Mengen zu kontrollieren? Ja Nein

Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen? Ja Nein

Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben sie extrem viel Sport? Ja Nein

Leiden sie manchmal unter

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

Möchten Sie sonst noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank.