

Anamnesebogen

Dieser Bogen ist umfangreich, aber sehr wichtig für Sie und mich als Ihre Ärztin, zur Diagnostik und Therapievorbereitung. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit zur Bearbeitung.

Name, Vorname

Geburtsdatum

heutiges Datum

Wer ist Ihr Hausarzt?

Liegt derzeit eine Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) vor? ja nein

Seit wann?

Warum?

Sind Sie schon einmal psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt worden? ja nein

Wann?	Wo?	Dauer	Warum?

Haben Sie körperliche Erkrankungen? ja nein

Welche?

Sind Sie Raucher? ja Stück nein

Waren Sie schon einmal schwer krank oder wurden Sie operiert? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen? ja nein

Welche?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Medikament	Seit wann?	Wirksam?	Nebenwirkungen

Haben Sie schon einmal Psychiatrische Medikation erhalten?

Medikament	Seit wann?	Wirksam?	Nebenwirkungen

Wieviel Alkohol trinken Sie wöchentlich?

Wieviel Kaffee, Cola oder Energy-Drinks trinken Sie täglich?

Konsumieren/ konsumierten Sie Drogen? ja nein

Welche?

Menge?

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung/ein Studium abgeschlossen? ja nein

Sind Sie aktuell berufstätig? ja nein

Welche Berufstätigkeit üben sie aus?

Wenn Sie arbeitslos sind, beziehen Sie? Arbeitslosengeld Hartz IV

Sind Sie berentet? ja , seit nein

Sind Sie schwerbehindert? ja GdB: % nein

Wie ist Ihr Familienstand? alleinlebend in fester Partnerschaft

verheiratet geschieden mit/bei den Eltern lebend Sonstiges

Haben sie Kinder? nein ja

Anzahl und Alter der Kinder

Leben die Kinder in Ihrem Haushalt? ja nein

Haben Sie Geschwister? ja wie viele? nein

Wie ist Ihr heutiger Kontakt zu Ihren Eltern/Geschwistern?

Wie würden Sie Ihre Kindheit beschreiben?

Gab es in Ihrem Leben Ereignisse, die Sie stark belastet haben?

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen? ja nein

Aktuelle Beschwerden

Bitte schildern Sie Ihre aktuellen psychischen Beschwerden:

Seit wann haben sie diese Beschwerden?

Haben Sie eine Vermutung, wie die Beschwerden entstanden sind?

Innerhalb der letzten **7 Tage** habe ich mehrfach folgende Symptome gehabt **und** diese als belastend empfunden?

Symptom	Ja, wenn vorhanden
zu wenig Antrieb	
Gefühl der Überforderung	
Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen	
wenige oder keine sozialen Kontakte	
zu viel Energie, komme nicht zur Ruhe	
Vieles gleichzeitig beginnen, ohne es zu beenden	
Reizbarkeit	
innere Unruhe	
Anspannungszustände	
Dünnhäutigkeit	
häufiges Weinen	
starke Stimmungsschwankungen	
plötzliche Wutausbrüche	
Traurigkeit	
Gefühl der Wertlosigkeit	
mangelndes Freudempfinden	

Symptom	Ja, wenn vorhanden
Schuldgefühle	
starke Unsicherheit	
alles ist mir egal	
Selbstverletzungen	
Aggression gegenüber anderen	
lebensmüde Gedanken	
Verspüren eines inneren Zwanges, Dinge zu denken oder zu tun	
Stimmen im Kopf gehört	
Bedrohungs- oder Verfolgungsgefühl	
Erschöpfung	
Schlafstörung	
Alpträume	
frühes Aufwachen	
starke Müdigkeit	
Konzentrationsstörung	
Vergesslichkeit	
Gedächtnislücken	
Zeitlücken	
anhaltender Ärger	
Panikattacken	
plötzliches Herzrasen	
Angst, alleine zu sein	
Schwindel	
Ängste vor z. B. Spinnen, großer Höhe usw.	
Schwierigkeiten, mein Essverhalten zu kontrollieren	
Erbrechen, um nicht zuzunehmen	
mein Körper fühlt sich oft unwirklich an	
meine Umgebung fühlt sich oft unwirklich an	
ich bin sehr schreckhaft	

Symptom	Ja, wenn vorhanden
lebendiges Wiedererleben früherer belastender Ereignisse	
Gefühl der inneren Leere	
Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen	
Kopfschmerzen	
Schmerzen in anderen Körperbereichen	
Magen-Darm-Beschwerden	