

Liebe Klientin, lieber Klient,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen (Wer-Wie-Was-Warum-Fragebogen) so gewissenhaft und gründlich aus, wie es Ihnen derzeit möglich ist.

Ihre hier investierte Mühe ist ganz wesentlich für eine effiziente und erfolgreiche Zusammenarbeit!

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

1. In der Regel wird nach der vermeintlich "richtigsten" (oder "am wenigsten falschen") Antwort gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst spontan!
2. Einige Fragen weisen inhaltliche Überschneidungen auf. Ziel ist nicht, Ihre Geduld zu prüfen! Für manche Themenbereiche hat sich diese mehrdimensionale Herangehensweise als besonders effizient erwiesen. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen des Anamnesebogens!
3. Bitte kennzeichnen Sie Fragen deutlich, die Sie nicht beantworten können oder wollen.

Es werden drei Fragetypen verwendet.

1. Bei einigen Fragen sollen Sie zutreffende Aussagen in einer Textmenge umkreisen,
2. bei anderen haben Sie etwas Platz unter der Frage für eigene kurze Antworten.
3. Und dann gibt es noch Ja-Nein-Fragen, bei denen Zutreffendes einfach anzukreuzen ist.

Das Ausfüllen des Fragebogens macht Mühe und kostet Zeit. Ihre Gesundheit sollte Ihnen beides wert sein! Ich verspreche Ihnen auch, den Anamnesebogen ebenso sorgfältig auszuwerten.

Ich freue mich jetzt schon auf eine erfolgreiche lösungsfokussierte Zusammenarbeit!

Alle Antworten werden absolut vertraulich behandelt.
Bitte gehen Sie auch selber ebenso sorgsam mit Ihren Daten um!

Ihr

Thomas F. Holz
Heilpraktiker für Psychotherapie

Anamnesebogen im Seelen.Theater

Anrede, Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Anschrift	
eMail-Adresse	
Telefonnummer	

Bei Bedarf kann hier auch zusätzlich ein "Notfallkontakt" benannt werden.

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ggf. zu welchen Themen und seit wann?

Welche Medikamente nehmen sie aktuell und wie ist die Verträglichkeit?

Gibt es Vorerkrankungen, die Ihnen relevant erscheinen?

Fassen Sie möglichst kurz und prägnant zusammen, was Sie zu mir führt:

Woran würden Sie am Ende unserer Zusammenarbeit erkennen, dass wir erfolgreich waren?

Was haben Sie bisher hinsichtlich Ihrer Problematik / Ihres Ziels unternommen?

Umkringeln Sie bitte <i>SPONTAN</i> die Punkte, die <i>aktuell</i> bei Ihnen zutreffen.	D1
depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv – meist fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos – freudlos - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - Angst das Haus zu verlassen – verloren in meiner Umwelt - Angst zu reisen – leicht abzulenken – neben mir stehend – von Ärzten nicht ernstgenommen – fremd im eigenen Körper - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst vor Blamagen - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich – emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle - Selbstmordversuche - dauerhaft Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - müde - kraftlos – Gefühl der Wertlosigkeit - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor – Gedächtnisschwächen - ständig nervös - Schuldgefühle – mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme – häufige Unentschlossenheit - Angst zu sterben – ich gehöre nicht zu meiner Familie – Todessehnsucht - Herzrasen - Schmerzen in der Brust – Einschlaf- oder Durchschlafprobleme - Schmerzen im Rücken - Schmerzen in den Schultern - Schmerzen im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Magenbeschwerden – Gewichtsverlust – regelmäßiges Früherwachen - erhöhte Muskelspannung – regelmäßiges Trinken - meine Haut juckt, brennt oder fühlt sich taub an - Oberbauchbeschwerden - Engegefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweißausbrüche - Taubheitsgefühle - Kribbeln - Übelkeit – Benommenheit – Schwindel – ungesunde Gewohnheiten	

Umkringeln Sie bitte zutreffende Punkte:	D2
Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch diese Beschwerden beeinträchtigt?	
Bauchschmerzen – Rückenschmerzen – Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken – Menstruationsproblem – Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr – Kopfschmerzen – Schmerzen im Brustbereich – Schwindel – Ohnmachtsanfälle – Herzklopfen oder Herzrasen – Kurzatmigkeit – Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall – Übelkeit, Blähungen, Verdauungsbeschwerden	

Umkringeln Sie bitte zutreffende Punkte:	D3
Fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch diese Beschwerden beeinträchtigt?	
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Schlafprobleme (zuwenig oder zuviel), Müdigkeit, Energielosigkeit, vermindeter oder erhöhter Appetit, Versagensgefühle oder -ängste, Konzentrationsprobleme, Todesgedanken, Verlangsamt in Sprache oder Bewegung, Unruhe in Sprache oder Bewegung	

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:	D4
Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ungewöhnlich ängstlich, angespannt, nervös oder besorgt?	
Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke?	

Wird Ihre Lebensfreude aus Ihrer Sicht durch ein Übermaß an Ängsten und Sorgen beeinträchtigt? Wenn ja, wie?	D5

Denken Sie gelegentlich an Suizid? In den letzten 4 Wochen? Häufiger?	D5

Bitte kreuzen Sie an: Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch diese Beschwerden beeinträchtigt?	D6
Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung, Besorgnis	
Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	
Leichte Ermüdbarkeit	
Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	
Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	
Ungewohnte Konzentrationsschwierigkeiten	
Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:	S1
Haben Sie öfters das Gefühl nicht kontrollieren zu können, was und/oder wieviel sie essen?	
Essen Sie öfter in kurzer Zeit Mengen, die andere als ungewöhnlich groß erscheinen würden?	
Falls Ja: Haben Sie in den letzten 3 Monaten versucht, eine Gewichtszunahme zu vermeiden ...	
... indem Sie sich selbst zum Erbrechen gebracht haben?	
... indem Sie mehr als die empfohlene Menge eines Abführmittels eingenommen haben?	
... gefastet (mehr als 24 Stunden nichts gegessen) haben?	
... mehr als eine Stunde Sport getrieben haben, um einen Essensanfall auszugleichen?	

Trinken Sie manchmal Alkohol? Nehmen Sie Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungsmittel oder andere Stoffe mit möglichem Abhängigkeitspotential?	S2

Gibt oder gab es in Ihrem Umfeld Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik?	S3

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an: Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch diese Beschwerden deutlich beeinträchtigt?	A1
Sorgen über Ihre Gesundheit	
Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	
Wenig/kein sexuelles Verlangen/Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	
Schwierigkeiten mit dem Lebenspartner oder Freund/Freundin	
Belastung durch die Versorgung Angehöriger	
Stress bei der Arbeit oder zuhause	
Finanzielle Probleme oder Sorgen	
Niemanden zu haben, mit dem Probleme besprochen werden können	
Etwas schlimmes, das vor kurzem passiert ist	
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber	

Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?	A2

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:	A3
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:	H0
Starke Sinneseindrücke überwältigen mich schnell.	
Ich habe ein feines Gespür für unterschwellige Stimmungen.	
Ich reagiere eher empfindlich auf körperlichen Schmerz.	
Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich.	
Veränderungen in meinem Leben treffen mich sehr heftig.	
Zu viele Sinneseindrücke auf einmal überfordern mich schnell.	
Oft werde ich von meinen Gefühlen hin- und hergerissen.	
Auf Hunger reagiere ich oft mit Launenhaftigkeit.	
Schaut man mir beim Arbeiten zu, werde ich schlechter.	
Ich bemerke und genieße auch feine Düfte und Klänge.	
Ich merke schnell was nötig ist, damit andere sich wohlfühlen.	
Bei meinen Entscheidungen spielen Gefühle eine wichtige Rolle.	
Ich nehme viele Feinheiten in meiner Umgebung wahr.	

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:	H1
Als Kind galt ich als sensibel und schüchtern.	
Ich habe ein reiches und komplexes Innenleben.	
Kunst oder Naturerlebnisse können mich tief bewegen.	
Oft möchte ich nur noch alleine sein.	
Ich bin sehr gewissenhaft.	
Ich bin schreckhaft.	
Ich bin sehr bemüht, Fehler zu vermeiden.	
Chaos um mich herum vertrage ich nicht sehr gut.	
Oft überwältigen mich meine Gefühle.	
Ich meide Sendungen und Filme mit Gewaltszenen.	
Ich habe viele Ideen und viel Phantasie.	
Auf Koffein reagiere ich heftiger als andere.	
Viele Dinge gleichzeitig tun zu müssen ist nicht gut für mich.	

Skizzieren (zeichnen) Sie bitte grob einen Baum, ein Haus, zwei Menschen, ein Auto, einen Hund und eine Spirale.

uz

--

Bitte Kreuzen Sie zutreffendes an:

X1

Sind sie derzeit oder waren Sie früher in psychologischer Behandlung?	
Leiden Sie an einer akuten Psychose oder psychotischen Zuständen?	
Nehmen Sie psychoaktive Substanzen zu sich?	
Leiden oder litten Sie an Schizophrenie?	
Leiden Sie an einer bipolaren Depression?	
Nehmen Sie derzeit Psychopharmaka ein?	
Leiden Sie an einer Thrombose?	
Leiden Sie an niedrigem oder hohem Blutdruck?	
Hatten Sie vor kurzem einen Herz- oder Schlaganfall?	
Wurden Sie kürzlich operiert?	
Liegt eine Abhängigkeitserkrankung (Sucht) vor?	
Liegen Erkrankungen des ZNS (zentralen Nervensystems) vor?	
Wurde bei Ihnen ADS oder ADHS diagnostiziert?	
Leiden oder litten Sie an Epilepsie oder ähnlichen Anfallsleiden?	
Sind Sie schwanger?	
Leiden Sie an Traumata oder posttraumatischer Belastungsstörung?	
Fällt es Ihnen schwer, sich zu entspannen oder fällt Ihnen ruhiges Sitzen / Liegen schwer?	
Leiden Sie an chronischen Schmerzen?	
Leiden Sie an Konzentrationsstörungen?	
Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?	
Leiden Sie an Allergien?	
Leiden Sie an konkreten Phobien oder anderen Ängsten?	

Gibt es besonders markante negative Dinge aus Ihrem Elternhaus, Ihrer Kindheit oder Ihrer Entwicklung?	x2

Gibt es besonders markante positive Dinge aus Ihrem Elternhaus, Ihrer Kindheit oder Ihrer Entwicklung?	x3

Beschreiben Sie bitte ganz kurz Ihren Bildungs- und Berufsweg (Schulabschluss? Lehre? Studium? ...).	x4

Falls Sie in einer Beziehung leben, beschreiben Sie Ihr Gefühl darin mit drei bis vier Worten.	x5

Nennen Sie bitte kurz die Ihnen wichtig erscheinenden Punkte Ihrer derzeitigen Familien- und Wohnsituation.	x6

Charakterisieren Sie bitte kurz Ihren Freundeskreis, so wie Sie ihn empfinden.	x7

Möchten Sie dieser groben Ersterfassung noch etwas hinzufügen?

z0

Was können Sie als Klient aus Ihrer Sicht zu einem erfolgreichen Verlauf einer Therapie beitragen?

z1

DAS war jetzt eine richtige Fleißarbeit!
Danke!

Nun bleibt nur noch eine Kleinigkeit: Bitte bestätigen Sie mit Ort, Datum und Unterschrift sowohl Richtigkeit als auch Vollständigkeit Ihrer Angaben, soweit dies für Sie ersichtlich ist.

Ort, Datum, Unterschrift