

# Anamnesebogen

Yvonne Mayer  
Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Klingernweg 2  
72768 Reutlingen  
07121 / 137 22 77  
willkommen@mit-mir-verwurzelt.de  
www.mit-mir-verwurzelt.de



- Bitte bringen Sie zum Erstgespräch den ausgefüllten Anamnesebogen mit -

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_ Fehl-/Totgeburten \_\_\_\_\_

Eltern: verheiratet / getrennt lebend / geschieden seit wann? \_\_\_\_\_

Geschwister Anzahl: \_\_\_\_\_ Das wievielte Kind sind Sie? \_\_\_\_\_ Fehl-/Totgeburten? \_\_\_\_\_

Wie verlief die Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung + jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie aktuell?  Vollzeit  Teilzeit; wieviel Std. \_\_\_/W.  Schichtdienst  arbeitssuchend  
 krankgeschrieben seit wann: \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_

Wie verlief Ihre Schul-/Berufsausbildung? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Beziehung zwischen Ihnen und ...

Ihrer Mutter:  besonders eng/herzlich  ausgeglichen  angespannt  
 sonstiges: \_\_\_\_\_ Erziehungsstil: \_\_\_\_\_  
 verstorben, wann \_\_\_\_\_

Ihrem Vater:  besonders eng/herzlich  ausgeglichen  angespannt  
 sonstiges: \_\_\_\_\_ Erziehungsstil: \_\_\_\_\_  
 verstorben, wann \_\_\_\_\_

d. Großeltern:  besonders eng/herzlich  ausgeglichen  angespannt  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Gab es weitere Bezugspersonen?  Ja  Nein Verhältnis: \_\_\_\_\_

(Erb-)Krankheiten, Psychische Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie \_\_\_\_\_

Haben Sie Hobbys? Welche? \_\_\_\_\_

Üben Sie diese aus?  Ja  Nein, warum? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anlass für einen Besuch meiner Praxis? Mit welchem Ziel kommen Sie zu mir?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. erläutern:

\_\_ Ängste Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_ Panikattacken \_\_ Ja \_\_ Nein Welche Symptome: \_\_\_\_\_  
\_\_ gestresst \_\_ Sozialer Rückzug \_\_ Sorgen \_\_ Zwangsgedanken/-handlungen  
\_\_ Impulsivität \_\_ Angepasst/Unsicher \_\_ depr. Verstimmung \_\_ Konzentrationsprobleme  
\_\_ Perfektionistisch \_\_ Ungeduldig \_\_ Grübeln \_\_ Antriebsschwierigkeiten  
\_\_ Wut/ Ärger \_\_ Strukturlos \_\_ Chaotisch \_\_ Stimmungsschwankungen  
\_\_ ordentlich/genau \_\_ unordentlich \_\_ pünktlich \_\_ unpünktlich  
\_\_ Verdauungsprobl. \_\_ Hautprobleme \_\_ Infektanfälligkeit \_\_ Schuldgefühle  
\_\_ überdreht \_\_ traurig \_\_ Fähigkeit angemessen auf Emotionen zu reagieren  
\_\_ Fähigkeit sich über Nacht zu regenerieren

Schlafstörungen \_\_ Einschlafstörung \_\_ Durchschlafstörung \_\_ Morgendliches Erwachen  
\_\_ niedriges Schlafbedürfnis \_\_ erhöhtes Schlafbedürfnis  
\_\_ müde/ erschöpft \_\_ Müdigkeit trotz genügend Schlaf

Unruhe \_\_ innerlich \_\_ nach außen  
Esstörungen \_\_ zu viel essen \_\_ zu wenig essen \_\_ Erbrechen  
Libido \_\_ vorhanden \_\_ nicht vorhanden

Selbstverletzendes Verhalten \_\_ Ja \_\_ Nein Welches? \_\_\_\_\_  
Selbsttötungsgedanken \_\_ aktuell \_\_ in der Vergangenheit, wann: \_\_\_\_\_

\_\_ Schmerzen wo und wie häufig: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schmerzmittel ein? \_\_ Ja \_\_ Nein Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie andere Medikamente ein? \_\_ Ja \_\_ Nein Welche? \_\_\_\_\_

Allergien \_\_ Ja \_\_ Nein Welche? \_\_\_\_\_

Unfälle wann und welche Verletzungen: \_\_\_\_\_

Operationen wann und welche: \_\_\_\_\_

Reaktionen auf Narkose/Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Untersuchungen: \_\_ EEG Befund? \_\_\_\_\_  
\_\_ CT/MRT Befund? \_\_\_\_\_  
\_\_ Diabetes Befund? \_\_\_\_\_  
\_\_ Schilddrüse Befund? \_\_\_\_\_  
\_\_ Sonst. Blut Befund? \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_

Süchte: \_\_ TV \_\_ PC/Spielekonsole \_\_ Internet \_\_ Sport  
\_\_ Einkaufen \_\_ Süßigkeiten  
\_\_ Zigaretten \_\_ Alkohol \_\_ Cannabis \_\_ Amphetamin  
\_\_ Benzodiazepine \_\_ Opiate/Heroin  
\_\_ andere: \_\_\_\_\_  
seit wann: \_\_\_\_\_ wieviel: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient

Stand: 04/2021