

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