



## **Anamnesebogen zur Person und Lebensgeschichte**

### **A. Was ist das für ein Fragebogen?**

- Die Beantwortung dieser Routinefragen hilft mir als Therapeutin einen Überblick über Ihre individuelle Lebensgeschichte, besondere Lebensumstände, aktuelle Problematik und persönlichen Ziele zu erhalten.

### **B. Warum soll ich Ihn ausfüllen?**

- Anhand Ihrer persönlichen Lebensgeschichte und der individuellen Analyse der Problematik bin ich in der Lage, einen für Sie eigens zugeschnittenen Behandlungsplan, mit den für Sie passenden Methoden, zu erstellen.
- Dadurch können wir von Anfang an gezielt an den „richtigen Stellen“ arbeiten.
- Außerdem erhalten sie durch das Ausfüllen ein (noch) tieferes Verständnis über sich selbst, über Entstehung und bisherige Entwicklung der Problematik.
- Durch eine strukturierte, für Sie selbst individuell zugeschnittene Therapie (bzw. Coaching), bei der Sie aktiv zur Selbsthilfe angeleitet werden, sparen Sie nicht nur Zeit und Kosten, sondern lernen auch als Ihr eigener Coach mit zukünftigen Herausforderungen lösungsorientierter umzugehen.

### **C. Wie genau fülle ich den Fragebogen aus?**

- Sie können selbst zum Erfolg Ihrer Therapie (bzw. Ihres Coachings) beitragen, indem Sie alle Fragen beantworten.
- Falls der vorgesehene Platz für Ihrer Antworten nicht ausreicht, dann schreiben Sie bitte Ihre Antwort gut lesbar auf die Rückseite.
- Planen Sie ausreichend Zeit für die sorgfältige Beantwortung der Fragen ein.
- Bitte beantworten Sie den Fragebogen außerhalb unserer Sitzungen. Notieren Sie sich ggf. auftretende Fragen, sodass wir sie dann gemeinsam besprechen können.
- Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, da Sie es nicht wissen, markieren Sie diese bitte mit einem Strich. Fragen, die Sie nicht beantworten wollen markieren Sie bitte mit einem Kreis. Markieren Sie vor allem Stellen, die mit (starken) Gefühlen verbunden sind mit einem Kreuz.
- Umso klarer und ehrlicher Sie antworten, desto gezielter kann ich mit Ihnen in den Sitzungen arbeiten.

### **D. Was geschieht mit dem ausgefüllten Fragebogen?**

- Alle Ihre Therapieunterlagen und persönlichen Informationen sind, genauso wie unsere Gespräche absolut vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.
- Kein Außenstehender (auch nicht Ehe-/Lebenspartner, nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen!



## Anamnesebogen zur Person und Lebensgeschichte

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Kinder: (bitte geben Sie den Vornamen, das Alter und das Geschlecht an, und zwar von allen Kindern, auch Fehl-, Totgeburten oder bereits Verstorbene)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

„Mitgebrachte“ Kinder des Partners: (bitte geben Sie auch hier Vornamen, Alter und das Geschlecht an)

6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

Gibt es nennenswerte Schwierigkeiten mit einem oder mehreren Kindern?

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

Wenn Sie derzeit in einer Beziehung sind, nennen Sie bitte Alter & Beruf des Partners:

\_\_\_\_\_



## Psychosoziale Situation

Mit wem wohnen Sie zusammen, bitte auch Haustiere mit Name? Wohnen noch weitere Mitglieder Ihrer Familie mit im Haus? Wer?

---

Eigen- oder Miethaus/Wohnung? \_\_\_\_\_

Finanzielle Situation/Schulden? \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Sozial- oder Rentengelder? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? \_\_\_\_\_ %

Grund: \_\_\_\_\_

Hobbys früher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hobbys/Freizeitaktivitäten heute? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es eine Leidenschaft? Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen oder mehrere gute Freunde? \_\_\_\_\_

## Biographie

Ihre Familie:

Geschwister (bitte geben Sie den Vornamen, das Alter und das Geschlecht an, und zwar von allen Geschwistern, auch Fehl-, Totgeburten oder bereits Verstorbene und auch von Halb- oder Stiefgeschwistern)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie Besonderheiten in Ihrer Beziehung zu den Geschwistern. Gab oder gibt es Streits, Konflikte, Neid, besondere Zusammenhalte, Behinderungen oder Sonstiges?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Leiblicher Vater:**

Alter und Beruf (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

---

---

Beschreiben sie seinen Charakter und Ihre Beziehung zu ihm (früher und heute):

---

---

---

**Leibliche Mutter:**

Alter und Beruf (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

---

---

Beschreiben sie ihren Charakter und Ihre Beziehung zu ihr (früher und heute):

---

---

---

**Stief- oder Adoptiveltern:**

Alter und Berufe (wenn verstorben, wann, in welchem Alter und an was)?

---

---

Beschreiben sie die Charaktere und Ihre Beziehung zu ihnen (früher und heute):

---

---

---

Bei wem sind sie aufgewachsen? Wer war für Ihre Erziehung hauptverantwortlich?

---

---

Beschreiben Sie bitte die Ehe ihrer Eltern sowie die Atmosphäre im Elternhaus aus Ihrer Sicht (früher und heute). Wie gingen Ihre Eltern mit Konflikten/Streitereien um?

---

---

---

---

---

---

---

Bei Scheidung der Eltern, Ihr Alter damals? \_\_\_\_\_



## Familienanamnese

Sind Ihres Wissens in Ihrer Verwandtschaft Erkrankungen bzw. Beschwerden bekannt, z.B: Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Selbstmord oder -versuch oder andere und wenn ja bei wem:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## Ihre Kindheit

Gab es Auffälligkeiten in Schwangerschaft und Geburt ( als ihre Mutter mit Ihnen schwanger war ) ? Ihre frühkindliche Entwicklung ?bekannt?

---

---

---

Welche Krankheiten hatten Sie im Kindesalter?

---

---

Gab es Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Tics, häufige Wutausbrüche, Stottern, Ängste (welche?), Bettnässen, langes Daumenlutschen, Alpträume etc. und wie lange bestanden diese Probleme jeweils?

---

---

---

Besuchten Sie den Kindergarten? Wie ging es Ihnen dort?

---

Wie ging es Ihnen in der Grundschule?

---

---

In welche weiterführende Schule gingen Sie und wie erging es Ihnen dort?

---

---

Wie waren Ihre Noten/Leistungen?

---

---

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Alter bei Abschluss: \_\_\_\_\_



### **Ihre Jugend**

Wie war Ihr gesundheitlicher Zustand während der Jugendzeit (besondere Krankheiten, Unfälle, Operationen, Krämpfe, Anfälle oder Ähnliches)?

---

---

---

Wie ging es Ihnen psychisch gesehen in Ihrer Jugendzeit? Gab es Auffälligkeiten, wie z.B. Schüchternheit, Schulschwierigkeiten, Mobbing, Außenseiterrolle oder Ähnliches?

---

---

---

Wie war Ihre erste Verliebtheit? Durch wen geschah die sexuelle Aufklärung? Hatten Sie eher positive und negative sexuelle Erfahrungen? Wie haben Ihre Eltern reagiert?

---

---

---

---

---

Berufliche Entwicklung (bisherige Ausbildungen, Tätigkeiten, Zeiten ohne Arbeit):

1. 

---
2. 

---
3. 

---
4. 

---
5. 

---

Derzeitige Partnerschaft: Beschreiben Sie Ihre Partnerbeziehung. Was gefällt Ihnen an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und was nicht? Gibt es wiederkehrende Streitthemen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Symptomliste

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Beschwerden und Problemen aufgelistet.  
Unterstreichen Sie bitte, welche dieser Beschwerden auf Sie gegenwärtig zutreffen.

### Körperliche Beschwerden

Verdauungsstörungen, Durchblutungsstörungen, Menstruationsbeschwerden,  
Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gelenk- oder  
Gliederschmerzen, Schluckbeschwerden, Magenbeschwerden,  
Konzentrationsstörungen, Allergien, Atemnot, Schwindel, Ohnmacht,  
Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Herzbeschwerden

Andere: \_\_\_\_\_

### Ängste

Versagensängste, Angst vor der Zukunft, Angst Ihnen könnte etwas zustoßen, Angst  
vor öffentlichen Auftritten, Angst aufzufallen bzw. sich lächerlich zu machen, Angst vor  
ärztlichen Behandlungen und/oder körperlichen Erkrankungen, Ängste um die eigene  
Gesundheit, Angst sich behaupten zu müssen, Angst vor Abwertung und  
Zurückweisung

Andere: \_\_\_\_\_

### Zwanghaftes Verhalten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zwangsgedanken

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Depressive Gefühle

Traurigkeit, Schuldgefühle, häufiges weinen, Gefühle der inneren Leere,  
Hoffnungslosigkeit, Unausgeglichenheit, leichte Reizbarkeit, Weinausbrüche,  
Lebensunlust, Selbstmordgedanken, allgemeine Unzufriedenheit, Unentschlossenheit,  
Verlust der Freude, trübe Gedanken, vermindertes sexuelles Verlangen, Gefühl der  
fortwährenden Anspannung, starke Stimmungsschwankungen

Andere: \_\_\_\_\_

### Selbstverletzendes Verhalten

schneiden, verbrennen, verbrühen, verätzen, kratzen, sich beißen, sich schlagen,  
sich stechen Haare ausreißen, mit dem Kopf oder Gliedmaßen gegen die Wand  
schlagen/treten, sich (versuchen) die Knochen brechen, die Wundheilung verhindern

Andere: \_\_\_\_\_

Wurden Sie aufgrund von Selbstverletzung im Krankenhaus oder von einem Notarzt  
ärztlich versorgt? \_\_\_\_\_

falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Art(en) der Verletzung: \_\_\_\_\_



### **Selbstwertprobleme**

Minderwertigkeitsgefühle, Gefühl der Gleichgültigkeit, Gefühl weniger wert zu sein als andere, Gefühl anderen unterlegen zu sein, Schüchternheit, leichtes Erröten, Gefühl weniger intelligent zu sein

Andere: \_\_\_\_\_

### **Berufliche und Leistungsprobleme**

Leichte Ermüdbarkeit, Gefühl den Leistungsanforderungen nicht gewachsen zu sein, Schwierigkeiten mit Kollegen/Vorgesetzten, Überlastungsgefühle, Unsicherheit über den Berufserfolg, berufliche Hemmungen, Lernschwierigkeiten, Unsicherheit bei der Berufswahl, Arbeitsunlust, finanzielle Sorgen.

Andere: \_\_\_\_\_

### **Familiäre Probleme/Partnerschaft**

Unzufriedenheit mit dem Partner, häufige Auseinandersetzungen, aggressive Ausbrüche, Gleichgültigkeit in der Partnerschaft, Probleme mit den Kindern, unerfüllter Kinderwunsch, Einsamkeit, sexuelle Unzufriedenheit, allgemeines Unglücklichsein, Gefühl dem Partner unterlegen zu sein.

Andere: \_\_\_\_\_

### **Bewältigungsstrategien**

Was haben Sie bisher versucht, um die Beschwerden zu bewältigen?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Waren Sie schon in Psychotherapeutischer Behandlung (ambulant oder stationär)?

Wenn ja, wo und wann?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Gibt es zur Zeit andere Probleme, die Sie stark beschäftigen?

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

Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken? Welcher Art waren oder sind diese?

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

Gab es bereits Selbstmordversuche und wenn ja, wann? Welcher Art?

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





## Suchtanamnese

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?

---

Wie viel rauchen Sie täglich?

---

Wie viel Kaffee trinken Sie täglich?

---

Nehmen Sie Drogen, wenn ja welche und wie häufig?

---

Wie lange sitzen Sie täglich in Ihrer Freizeit am Internet oder vor dem Fernseher?

---

## Aktuelle Medikamente

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Hier haben Sie Gelegenheit Lebensereignisse / Schicksalsschläge zu notieren  
(z.B. Unfälle, Gewalterfahrungen etc.)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für ihr Vertrauen und für die Beantwortung der Fragen.  
Mir ist bewusst, dass es bestimmt nicht einfach für Sie war.**