

Anamnesebogen

Claudia Eckert

Heilpraktikerin für Psychotherapie
Systemische Einzel-, Paar- und Familienberaterin
Traumatherapeutin, Ego-State-Therapie
Business Coach
Innerer Ring 1 / 63486 Bruchköbel
web: www.psychotherapie-eckert.de
mail: info@psychotherapie-eckert.de
phone: 06181 - 440 66 95

PERSONALIEN

Datum

Name Vorname

Familienstand:Geburtsdatum:Geburtsort:

Wie haben Sie von mir erfahren? Bitte unterstreichen und ergänzen:

Zeitung

Homepage

Empfehlung / wenn ja, von wem?.....

Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht? Wenn ja, wann?.....

Wenn ja, weshalb? Wie war Ihre Diagnose?.....

Bei wem haben Sie Therapie gemacht?.....Stationär?.....

Wer ist Ihr Hausarzt

Wissen Ihre Familienangehörigen, dass Sie meine Beratungen aufsuchen?

Wer sollte es auf keinen Fall wissen?

ANLIEGEN

Beschreiben Sie Ihr hauptsächliches Anliegen mit eigenen Worten:

.....
.....
.....

Welche Verhaltensweisen möchten Sie ändern?.....

.....

Wie schätzen Sie die Schwere Ihrer Probleme ein: (bitte unterstreichen)

Leicht - mäßig - ernst - sehr schwer - überaus schwer - macht mich handlungsunfähig

Leiden Sie durchgehend, schon **längere Zeit, durchgehend (mind. 2 Wochen)**, an folgenden Symptomen?

Antworten Sie bitte mit Ja oder Nein

Depressive, gedrückte Stimmung.....

Verlust von Interesse oder Freude, Aktivitätseinschränkung

Erhöhte Ermüdbarkeit - Verminderung des Antriebs - Verminderung der Energie.....

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit.....

Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.....

Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit.....

Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven.....

Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen

Schlafstörungen

Verminderter Appetit

Hat sich in Ihrer Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun, etwas verändert?

.....

Gehen Ihnen alltägliche Dinge schwerer von der Hand?.....

Haben Sie zurzeit besonders viel Aktivität, sind Sie besonders unternehmungslustig?

.....

Fühlen Sie sich innerlich unruhig?.....

Ängstigen Sie sich in letzter Zeit mehr als üblich?

Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen?

Befürchten Sie, ernsthaft krank zu sein?

Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun oder denken, obwohl Sie Ihnen unsinnig vorkommen?

Beispiele:.....

.....

PERSÖNLICHE ANGABEN

Hatten Sie Probleme in Ihrer Kindheit? z.B. Bettnässen, Schlafwandeln, Stottern, Ängste oder

anderes?.....

.....

Kamen Übergriffe, egal welcher Art, von sexuellem Missbrauch in Ihrer Kindheit/Jugend vor?

Wenn ja, von wem?.....

Hatten Sie besondere Krankheiten (oder Unfälle) in Kindheit und Jugend? Bitte Alter und Art der Krankheit angeben:

.....
.....
.....

Wann sind Sie das letzte Mal ärztlich untersucht worden und warum? Bei welchem Arzt?

.....
.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? Bitte bringen Sie die Packung mit Beipackzettel mit.

.....
.....

Nennen Sie fünf Ihrer starken Ängste oder Befürchtungen:

1.
2.
3.
4.
5.

Werden Sie von Gedanken geplagt, die immer wieder auftauchen?Wenn ja, welche?

.....
.....

Hatten Sie in Ihrem Leben schon mal Suizidgedanken? Wenn ja, wann bzw. wie oft und warum?

.....

Gab es wichtige Krankheiten/Ereignisse in Ihrer Herkunftsfamilie bzw. bei Tanten, Onkeln, Großeltern, soweit bekannt, z.B. Krebs, Gewalttod, Verbrechen, Kindstod, Abreibung, Kriegsereignisse, Traumata, Scheidung, Unfälle usw.

Wer hat was erlebt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bitte bringen Sie diese Seiten ausgefüllt zu Ihrem nächsten Termin mit.