



Bilder als Schlüssel
zur LÖSUNG

Anamnesebogen/Stamtblatt

Klient_in.

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Informationen zur eigenen Person:

Nachname:

Religion:

Vorname:

Telefon.:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Adresse:

erlernter Beruf:

jetziger Beruf:

Krankschreibung/EU-Rente:

Erstkontakt: telefonisch am _____ persönlich am _____

Erstgespräch am: _____

Verdachtsdiagnose:

Ihr Anliegen bzw. Ihr Grund zur Kontaktaufnahme mit mir:
Warum kommen Sie speziell zu mir?

Problembeschreibung aus Ihrer Sicht:

Allgemein:

Psychische Symptome:

Seit _____ in Behandlung bei Frau/Herrn Dr. _____

Behandlungsform:

Erfolge/Ergebnisse:

Bisherige eigene Problemlöseversuche:

Körperliche Symptome: (mit/ohne Organbefund)

Heute:

Früher:

In ärztlicher Behandlung bei Frau/ Herrn Dr. _____
Behandlungsform: _____

Klinikaufenthalte: Psychiatrie/Suchtklinik/Psychosomatische Klinik
Anzahl:
Jahreszahl:

Gründe für die stationäre Behandlung:

Was machen Sie seit Bestehen der Probleme/Beschwerden kaum bis gar nicht mehr:

**Ursachen Ihrer momentanen Schwierigkeiten/Beschwerden?
Wer ist verantwortlich?**

Suizidalität: akut/latent

Suizidversuche: Wenn ja, wie viele: _____ Gründe:

Suizidversuche in der Familie:

Haben Sie eine Vertrauensperson: Name: _____
Tel.-Nr.:

Medikamente: _____

Persönliche Einstellung (Compliance):
Nebenwirkungen:

Beziehung/Partnerschaft:

Aktuelle Beziehung: _____ Name des Partners: _____
frühere Beziehungen/ innerlich abgeschlossen: _____

Wie viele Kinder: _____ Namen und Alter:

Wiederkehrende Themen in den Beziehungen:

Wie erleben Sie sich in Ihrer Beziehung auf einer Skale 1-10; abhängig bis selbstständig):

Wissen Ihre nächsten Bezugspersonen von Ihrer geplanten therapeutischen Arbeit bei mir?
Ja/nein, wer:

Wohnsituation: gemeinsame(s) Haus/Wohnung oder getrennte Haushalte/wo:

Herkunftsfamilie/Familienanamnese:

Hat ein Familienmitglied ähnliche Beschwerden/Schwierigkeiten:

Trennung der Eltern: ja, im Jahr _____ Ihr Alter: _____

Verhältnis unter Ihren Eltern:

Ihr Verhältnis zu Ihrer **Mutter**: Skala 0 - 10 (schlecht – sehr gut)

Früher:

Heute:

Ihre Persönlichkeit/Temperament:

Ihr Verhältnis zu Ihrem **Vater**: Skala 0 - 10 (schlecht – sehr gut)

Früher:

Heute:

Seine Persönlichkeit/Temperament:

Verhältnis zu Ihren **Geschwistern**:

Früher:

heute:

Gab es in Ihrer Kindheit/ Jugend einen Unfall, Krankheiten oder einen Todesfall in Ihrer Familie:

Wer:

Ihr Alter: _____

Finanzielle Situation: (- > Schuldenberatung)

Soziales Umfeld: Freunde, Bekannte, Mitgliedschaft in einem Verein

Ihre Stärken/Talente:

Hobbies/Vorlieben:

Ein typisches Wochenende:

Ein typischer Tagesablauf:

Lebensgewohnheiten: Ihr Umgang

- **mit Alkohol:** regelmäßig: Menge: früher: heute:
- **mit Zigaretten:** Anzahl:
- **mit Essen:** regelmäßig gesund
- **mit illegalen Drogen:** früher welche: heute welche:
- **mit Sport:** früher: heute:
- **mit Stress:** Ihr momentaner Stresslevel (auf einer Skala 0-10)
- **Schlafen:** Schlafenszeiten: Schlafstörungen:

Wann fühlen Sie sich schlechter morgens mittags abends:

Ihr Behandlungsziel:

Was wollen Sie durch die therapeutische Arbeit/Beratung verbessern und verändern?

Ihre Motivation, innere Bereitschaft? (auf einer Skala 0-10) :

Was wollen Sie verstehen, verarbeiten, lernen und verändern?

Ihr nächster Schritt ist Folgender:

Welche(n) Unterstützung bzw. Therapiemethode(n) und Entspannungverfahren wünschen Sie sich? **Interventionen:**

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen: