

# Anamnesebogen/Stamtblatt

## Klient\*in



Bilder als Schlüssel  
zur Lösung

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:

---

**Kontaktaufnahme:** über meine Internetseite am \_\_\_\_\_ telefonisch am \_\_\_\_\_  
oder persönlich am \_\_\_\_\_

**Kennenlerngespräch 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

Suizidversuch: Wenn ja, wie viele: \_\_\_\_ Gründe:

Suizidversuch in der Familie:

**Haben Sie eine Vertrauensperson: Name:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

---

**Medikamente/ngruppe:** \_\_\_\_\_

Persönliche Einstellung (Compliance):

Nebenwirkungen:

---

**Beziehungen/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 mit mir?  
Ja/nein, wer:

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

---

### **Herkunftsfamilie/Familienanamnese:**

Hat ein Familienmitglied ähnliche Beschwerden/Schwierigkeiten:

Trennung der Eltern:wenn 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 und Ressourcen:**

**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:** Schlafzeiten: Schlafstörungen:

**Wann fühlen Sie sich schlechter:** morgens mittags abends

---

**Ihr Behandlungsziel:**

Was wollen Sie durch die therapeutische Arbeit verarbeiten und verändern?

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

Gibt es **Interventionswünsche** - aus bestimmten Therapieformen und Entspannungsverfahren:

Ihr nächster Schritt:

---

**Sonstige hilfreiche Anmerkungen und Vereinbarungen:**