

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Anamnesebogen

Dieser Bogen soll von den Sorgeberechtigten / Eltern ausgefüllt werden (volljährige Patienten können ihn selbst ausfüllen)

Name des Patienten: _____ **E- Mail:** _____

Geb.-Datum : _____

Straße/Nr. : _____ **PLZ/Ort :** _____

Handy-Nr. (: _____

Festnetz.-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen psychiatrischen Praxis in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bei _____

Angaben zum Stammversicherten mit Versicherten Nr. (finden Sie auf ihrer Karte):

Gab es bzw. gibt es schon Therapien oder andere Hilfen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr? (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, SPZ=sozial-pädiatisches Zentrum, Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

Biografische Anamnese

Dieser Fragebogen soll mir helfen, Sie näher kennen zu lernen und sich in Ihre Probleme sowie in Ihre Lebenssituation hineinzuversetzen. Ihre Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich, sie unterliegen der ärztlichen / therapeutischen Schweigepflicht.

Beantworten Sie bitte jede betreffende Frage so ausführlich, wie es Ihnen möglich ist, und so konkret Sie können. Bitte geben Sie sich Mühe und nehmen Sie sich einige Tage Zeit – versuchen Sie nicht, den Bogen „schnell mal“ an einem Abend auszufüllen, bei Ermüdungserscheinungen werden Antworten erfahrungsgemäß unstimmiger. Es kommt aber ganz genau darauf an!

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist oder schwer fällt, kennzeichnen Sie diese mit einem „?!“, damit diese von Beantwortungen, die Sie lediglich vergessen haben, unterschieden werden können.

Bitte schreiben Sie deutlich und übersichtlich

Sie können bei Platzmangel auch die Rückseite benutzen bzw. dem Fragebogen ein oder mehrere Extra-Blätter beifügen (bitte mit Nummer kenntlich machen).

Chiffre:	☐ weiblich	☐ männlich	Nationalität:	Familienstand:
Alter / Geschlecht Ihrer Kinder:				
erlernte(r) Beruf(e):				
derzeitig ausgeübte(r) Tätigkeit / Beruf:				
frühere Tätigkeit:				
Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen Informationen über diesen Therapieplatz? 				
Was möchten Sie mit Hilfe der Therapie für sich erreichen? Welche Erwartungen haben Sie? 				

Aktuelle Situation	
1) Beschreiben Sie die Probleme, deretwegen Sie zur Therapie kommen:	
2) Weshalb kommen Sie jetzt?	
Auskunft bezüglich Geschichte / Entwicklung	
1) Geben Sie kurz Auskunft bezüglich Geschichte / Entwicklung Ihrer Beschwerden (erstmaliges Auftreten bis heute, bitte mit Jahreszahlen), Häufigkeit ihres Auftretens, jeweilige Folgen für Sie und / oder andere Personen:	
Jahreszahl	Ausführung

2) Bitte ankreuzen, was auf Sie zutrifft:

X = manchmal // XX = öfters // XXX = häufig // XXXX = sehr häufig

Appetitlosigkeit		ängstlich		Angstzustände	
sexuelle Probleme		deprimiert		einsam	
leicht ablenkbar		Leben ist sinnlos		Schwitzen	
nehme oft Schmerzmittel		neige zur Panik		Verdauungsstörungen	
Schwächeperioden		nutzlos		Spannungsgefühle	
nehme Drogen		harmoniebedürftig		Gedächtnisschwäche	
Minderwertigkeitsgefühle		anpassungsbereit		Schwindel	
Schwierigkeiten, mich zu amüsieren		ungeliebt		Depressionen	
kann mich anderen schlecht mitteilen		naiv		Panikgefühle	
ein Niemand		getrieben / ruhelos		überehrgeizig	
inkompetent		Unattraktiv / abstoßend		Schlafstörungen	
keine Zuversicht		vernünftig		kann Arbeit nicht längere Zeit behalten	
schuldig		optimistisch		schlechte Familienverhältnisse	
gelangweilt		hässlich		Ohnmachtgefühle	

voll Ablehnung		attraktiv		Alkoholsucht	
dumm		voller Hoffnung		schüchtern unter Leuten	
aggressiv / streitlustig		Herzklopfen/-rasen/-poltern		möchte am liebsten davonlaufen	
im Konflikt		Alpträume		Magen-Darmprobleme	
missverstanden		ständige Anspannung		Zittern	
böse		unfähig Freundschaften zu schließen		Verlassenheitsgefühle	
selbstunsicher		Konzentrationsschwierigkeiten		Zukunftsangst	

Sonstiges:

3) In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme gehäuft auf?

4) Welche Folgen haben die Probleme für Sie? Was tun Sie, um sich zu helfen?

5) Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt, womit hängen sie zusammen?

6) Welche typischen Gedanken bestimmen Ihr Leben? Welche Gefühle sind damit verbunden? (z. B. Lebensmotto: „Das schaffe ich eh nicht, andere sind besser als ich!“ oder „Man muss die Zähne zusammenbeißen!“)		
7) Welchen Personen käme Ihr Therapieerfolg zugute? Was würde sich ändern?		
Elternhaus:		
1) Vater:	geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:		
falls verstorben, Todesursache / Jahr		
Wie alt waren Sie damals?		
Hat(te) er psychische / soziale Probleme?		
2) Mutter:	geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:		
falls verstorben, Todesursache / Jahr		
Wie alt waren Sie damals?		
Hat(te) sie psychische / soziale Probleme?		

3) Stiefvater:		geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:			
falls verstorben, Todesursache / Jahr			
Wie alt waren Sie damals?			
Hat(te) er psychische / soziale Probleme?			
4) Stiefmutter:		geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:			
falls verstorben, Todesursache / Jahr			
Wie alt waren Sie damals?			
Hat(te) sie psychische / soziale Probleme?			
5) Geschwister:			
☐ Bruder		☐ Schwester	
Alter:		Beruf (e):	
Familienstand / Kinder:			
Familienstand / Kinder:			
☐ Bruder		☐ Schwester	
Alter:		Beruf (e):	
Familienstand / Kinder:			

6) Hat eines Ihrer Geschwister psychische, gesundheitliche, soziale oder sonstige Probleme?

7) Wie war die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern früher, wie ist sie heute?

8) Bei wem sind Sie in welchem Alter aufgewachsen? Bitte mit Jahresangaben.
(von bis).

9) Welche Beziehung hatten / haben Sie zu Ihrer Mutter / Stiefmutter?

10) heute:

11) Welche Einstellung hatte / hat Ihre Mutter / Stiefmutter zu Ihnen? Fühl(t)en Sie sich von ihr geliebt?
Bitte gehen Sie so weit wie möglich in Ihre Kindheit zurück (früheste Erinnerungen), Jugendzeit ...

12) Wie hat sich Ihre Mutter / Stiefmutter Ihnen gegenüber verhalten, was für ein Mensch war / ist sie?
Bitte mindestens fünf Adjektive nennen, z.B. ungeduldig, herzlich, emotional nicht präsent, einschränkend, ...

13) Welche Beziehung hatten / haben Sie zu Ihrem Vater / Stiefvater?

früher:

heute:

14) Welche Einstellung hatte / hat Ihr Vater / Stiefvater zu Ihnen? Fühl(t)en Sie sich von ihm geliebt? Bitte gehen Sie so weit wie möglich in Ihre Kindheit zurück (früheste Erinnerungen), Jugendzeit ...

15) Wie hat sich Ihr Vater / Stiefvater Ihnen gegenüber verhalten, was für ein Mensch war / ist er? Bitte mindestens fünf Adjektive nennen, z.B. geduldig, emotional nicht präsent, kritisierend, hart, herzlich, inkonsequent, ...

16) Welche Bindungen bestehen zu Ihren Eltern heute? Wie oft sehen Sie sie?

17) Wie war die Beziehung der Eltern zueinander:

18) Fühlten Sie sich bei Ihren Eltern geborgen? Konnten Sie Ihre Sorgen mit ihnen besprechen?

19) Versuchen Sie die Atmosphäre Ihres Elternhauses (bzw. wo Sie aufgewachsen sind) zu schildern:

20) Gab es außer Ihren Eltern andere wichtige Bezugspersonen (z. B. Tante, Onkel, Großeltern)?
Beschreiben Sie kurz deren Bedeutung für Sie. Welche Rolle hatten diese in Ihrer Kindheit und Jugend?

VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN KINDHEIT und JUGEND

1) Schul-, Verhaltensprobleme (Schüchternheit, Kontaktprobleme), Sexualität in Kindheit und Jugend?

2) Angsterlebnisse während der Kindheit und Jugend?

3) Sonstige besonders ängstigende Situationen oder Träume (bisher noch nicht erwähnt):

SCHULE und BERUF

1) Bildungs-/Berufsweg, jetzige Tätigkeit, Berufssituation (Stress / Freude, Beziehung zu Kollegen / Vorgesetzten)

SOZIALE BEZIEHUNGEN

1) Welche Schwierigkeiten haben Sie, Beziehungen zu anderen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten?

2) Bestehen Probleme in gegengeschlechtlichen Beziehungen (z.B. schüchtern, ängstlich, aggressiv)?

3) Haben Sie Freunde, mit denen Sie persönliche Dinge besprechen können? Wen und seit wann?

4) Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

5) Was möchten Sie in Ihren Beziehungen zu anderen Menschen verändern?

PARTNERSCHAFT UND ELTERN SCHAFT

1) seit wann kennen Sie Ihren Partner (Alter, Hochzeitsjahr, Jahr des Zusammenziehens)?

2) Seine / ihre Schulbildung, Berufsausbildung

3) Was hat Ihnen an ihr / ihm damals beim Kennenlernen gefallen?

4) In welchen Bereichen verstehen Sie sich mit Ihrem / Ihrer Partner/-in? Was schätzen Sie heute an ihr / ihm ?

5) Welche Schwierigkeiten haben Sie miteinander, was an ihm / ihr stört Sie, verletzt Sie, ... ?

6) Gibt es eine wichtige frühere Partnerschaft? Bestehen deshalb Probleme in der jetzigen Beziehung?

7) Hatten Sie (Ihre Partnerin) eine Fehlgeburt, Frühgeburt oder Abtreibung? Wann war diese? / Umstände?

8) haben Sie Kinder?

1. Kind:				
Geburtsjahr:	Name	Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
Schule / Beruf:				
2. Kind:				
Geburtsjahr:	Name	Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
Schule / Beruf:				
3. Kind:				
Geburtsjahr:	Name	Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
Schule / Beruf:				
4. Kind:				
Geburtsjahr:	Name	Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
Schule / Beruf:				
9) Weitere Kinder:				

10) Wie kommen Sie mit Ihren Kindern und der Familie zurecht? Welche Probleme gibt es?

SEXUALITÄT

1) Wie und von wem wurden Sie aufgeklärt?

2) In welchem Alter hatten Sie mit wem (Alter) die ersten sexuellen Erfahrungen? Wie erlebten Sie diese?

3) Wie erleben Sie Sexualität und Zärtlichkeit?

4) Hatten Sie verschiedene Partner/-innen (wichtigste, von wann bis wann)? Häufigkeit sexueller Kontakte?
5) Bestehen Probleme im sexuellen Bereich (Ängste, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden etc.)?
6) Wie erleben Sie Ihre Selbstbefriedigung?
7) Sexuelle Träume, Phantasien, unerfüllte Wünsche?

KRANKHEITSANAMNESE

1) Frühere Krankheiten und deren Folgen:

2) Aktuelle körperliche Beschwerden, ggf. im Zusammenhang mit Ihren Problemen:

3) Medikamenteneinnahme, Alkoholkonsum (von ... bis / durchschnittliche Menge / in welchen Situationen):

4) Wann fühlten Sie sich zuletzt gesund und stabil?

5) Psychotherapeutische Vorbehandlungen: von wann bis wann, weshalb und mit welchem Erfolg?

SELBSTBESCHREIBUNG

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:

1) Ich bin ein Mensch, der ...

2) Während meines ganzen Lebens ...

3) Seit meiner Kindheit ...

4) Worauf ich stolz bin, ist ...

5) Es fällt mir schwer zuzugeben, ...

6) Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann, ist ...
7) Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil ...
8) Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Image machen würde, ...
9) Eine Art, wie andere mir weh tun, ist ...
10) Mutter war immer ...
11) Was ich von meiner Mutter gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...

12) Vater war immer ...

13) Was ich von meinem Vater gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...

14) Ich kann meiner Mutter nicht vergeben, dass ...

15) Ich kann meinem Vater nicht vergeben, dass ...

16) Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ...

17) Was ich von meinem / meiner Partner/-in brauche, aber nie /selten erhalten habe, ist ...

18) Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich ...

19) Was ich mir von anderen wünschen würde, wäre ...

20) Ein Weg, wie ich mir selbst helfen könnte, es aber nicht tue, ist ...

Bitte beschreiben Sie
1) einen wiederkehrenden Traum aus der:
A. Kindheit
B. Jugend
C. von heute

2) ein Märchen, Buch, Gedicht, Spruch, Lebensmotto, Film, ... in Ihrem Leben – was genau beeindruckt, berührt oder beschäftigt Sie daran? (bitte als „Film“ etc. kenntlich machen)

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit unserer *Patienteninformation zum Datenschutz* haben wir Sie bereits darüber informiert, dass personenbezogene Daten nur dann an Dritte weitergegeben werden dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist – zum Beispiel im Rahmen der Behandlung oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung – oder wenn Sie uns ausdrücklich Ihre Zustimmung erteilen (Schweigepflichtentbindung). Um im Rahmen der Behandlung medizinisch notwendige Informationen, etwa über Arztbriefe, an weitere beteiligte Fachpersonen wie Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder Kliniken weitergeben zu dürfen, benötigen wir Ihre **Einwilligung**. Ohne diese Zustimmung ist es uns nicht möglich, andere Behandelnde oder unterstützende Stellen umfassend über den bisherigen Verlauf zu informieren. In diesem Fall müssten Sie relevante Informationen selbst weitergeben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass:

- die personenbezogenen Daten Ihres Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken in unserer Praxissoftware gespeichert werden,
- die zur Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden,
- eine kontaktlose Kommunikation zur Terminvereinbarung ggf. auch per E-Mail (ohne Namensnennung) erfolgen darf,
- im Falle einer vorliegenden Überweisung ein Befundbericht an die überweisende Praxis gesendet werden darf (diesen können Sie selbstverständlich jederzeit einsehen).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle bis zu diesem Zeitpunkt vorgenommenen Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. **Ich bestätige, dass ich das Sorgerecht für mein Kind innehabe und mit der oben beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden bin.**

() Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Datum & Unterschrift für Einverständniserklärung

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Wichtige Informationen & Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Punkte aufmerksam zu lesen und zu berücksichtigen:

1. **Terminpraxis & Ausfallhonorar**
Unsere Praxis arbeitet nach dem Prinzip einer Terminvergabe. Die vereinbarten Zeiten sind fest für Sie bzw. Ihr Kind reserviert, wodurch Wartezeiten in der Regel entfallen. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens **48 Stunden im Voraus (werktags: Mo–Fr)** ab. Bei kurzfristigen Erkrankungen bitten wir um **sofortige Mitteilung** mit Krankmeldung.
Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,- € berechnen.
2. **Privatleistungen (Gutachten, Stellungnahmen etc.)**
Leistungen wie z. B. Stellungnahmen für das Jugendamt, fachärztliche Bescheinigungen oder Gutachten sind **nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen** enthalten. Diese werden daher **privat in Rechnung gestellt**.
3. **Abrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)**
Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der GOÄ. Je nach Aufwand und Schwierigkeitsgrad liegt der Steigerungssatz zwischen dem 1,0- und 3,5-fachen Satz.
Rechnungen sind **unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfestelle sofort nach Rechnungsstellung fällig (§12 GOÄ)**.
Für neuartige oder nicht eindeutig gelistete Leistungen erfolgt ggf. eine **analoge Berechnung gemäß §6 Abs. 2 GOÄ**. Bitte beachten Sie, dass **eine vollständige Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen nicht garantiert** werden kann.
Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass ich die Kosten der Behandlung in vollem Umfang selbst trage.
4. **Terminreminder**
Ich bin einverstanden, bei Bedarf eine Terminreminder per E-Mail, SMS oder auf anderem Wege zu erhalten.
5. **Fotos / Videoaufnahmen zur Dokumentation**
Ich bin damit einverstanden, dass zur **Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung** ggf. Fotos oder Videoaufnahmen meines Kindes erstellt und genutzt werden.
6. **Vollständige Anmeldung erforderlich**
Für eine Terminvergabe benötigen wir einen **vollständig ausgefüllten Anmeldebogen**, der uns online, per Fax oder postalisch vorliegt.
7. **Bitte bringen Sie zum Termin mit:**
 - Kopie der letzten zwei Schulzeugnisse
 - Kopien von relevanten Arztbriefen, Befunden oder Testergebnissen (falls vorhanden)
 - Gelbes Untersuchungsheft (Vorsorgeuntersuchungen)
 - Krankenversicherungskarte (Versichertenkarte) Ihres Kindes

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis!

Datum & Unterschrift
