

# Biographischer Anamnesebogen

*für Erwachsene (ab 18 Jahren)*

## Bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen:

Mit diesem Fragebogen möchten wir wichtige Informationen über Ihre Beschwerden und Ihre Lebensgeschichte sammeln, die bisher noch nicht besprochen wurden. Ihre Auskunft hilft uns dabei, Ihre psychotherapeutische Behandlung vorzubereiten und die Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen.

Sie können dieses Formular direkt am Bildschirm ausfüllen: Klicken Sie einfach in ein Feld und tippen Sie Ihre Antwort ein, bzw. setzen Sie ein Häkchen. Speichern Sie die Datei anschließend und senden Sie sie uns zu oder bringen Sie sie ausgedruckt zum ersten Termin mit.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich ist und Sie darauf nicht antworten möchten, lassen Sie das Feld einfach frei. Nehmen Sie sich gerne mehrere Tage Zeit zum Ausfüllen.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht. Informationen zum Datenschutz sowie zu unseren Praxisregelungen (u. a. Terminabsagen) finden Sie am Ende dieses Bogens.

## Kontaktdaten

---

Name, Vorname:  Geburtsdatum:

Straße / Nr.:  PLZ / Ort:

Telefon (Festnetz):  Mobil:

E-Mail:  Hausarzt/-ärztin:

## Versicherung

Krankenkasse:  Versicherten-Nr. (auf der Karte):

Stammversicherte:r mit eigener Versicherten-Nr.?

- ☐ ja ☐ nein, familienversichert

Falls nein, bei wem familienversichert:

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung?

- ☐ nein ☐ ja

Falls ja, bei wem:

## Allgemeine Informationen und aktuelle Lebenssituation

---

Alter (Jahre):  geboren am:  in:

Körpergröße:  Gewicht:

Schulabschluss:  Erlernter Beruf:

Zuletzt ausgeführte Tätigkeit:

Derzeit bin ich:

☐ arbeitslos ☐ berentet ☐ berufstätig ☐ krankgeschrieben

Falls krankgeschrieben, seit:

Wenn berufstätig:

☐ angestellt ☐ beamtet ☐ selbstständig

Familienstand:

- ☐ ledig ☐ verlobt ☐ verheiratet ☐ in Trennung lebend  
☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ wiederverheiratet

Falls wiederverheiratet, seit:

Alle Personen, die aktuell in Ihrem Haushalt leben (ohne Nachnamen):

## Wohnsituation, Freizeit & Alltag

So wohnen Sie aktuell:

- ☐ Eigenheim ☐ Miethaus ☐ Mietwohnung ☐ anders

Falls anders, seit wann:

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie freundlichen Kontakt zu Ihrer Nachbarschaft?

☐ ja ☐ nein

Wohnen Familienangehörige oder Bekannte in Ihrer Nähe?

☐ ja ☐ nein

**Wie oft sind Sie in Ihrem Leben umgezogen (insgesamt/Jahre)?**

**Sind Sie Mitglied in einem Verein oder Verbund? Wenn ja, in welchem?**

Haben Sie Hobbys oder Interessen?

☐ ja ☐ nein

**Welche Hobbys oder Interessen haben Sie?**

Fahren Sie regelmäßig in den Urlaub?

☐ ja ☐ nein

Machen Sie regelmäßig Sport?

☐ ja ☐ nein

**Welchen Sport machen Sie und wie oft?**

Nutzen Sie soziale Medien?

☐ ja ☐ nein

**Welche sozialen Medien nutzen Sie?**

**Wie viel Zeit verbringen Sie täglich vor einem Bildschirm?**

Smartphone (Std.):

Computer (Std.):

Fernseher (Std.):

Andere Geräte (Std.):

## **Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden**

---

**Beschreiben Sie kurz die Beschwerden und Probleme, wegen derer Sie psychotherapeutische Unterstützung suchen, und seit wann diese bestehen.**

**Was führt dazu, dass Sie gerade jetzt therapeutische Hilfe oder Beratung suchen? Gibt es einen aktuellen Anlass, eine akute Beschwerde oder Probleme in Ihrem sozialen Umfeld?**

**Beschreiben (oder skizzieren) Sie den Verlauf Ihrer Beschwerden in den letzten Wochen, Monaten oder Jahren.**

**Welche Erklärung haben Sie für Ihre Beschwerden?**

**Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um mit Ihren Beschwerden umzugehen?**

**Wobei behindert Sie das Problem oder die mit dem Problem verbundenen Beschwerden?**

**Wie reagiert Ihr soziales Umfeld (Partner\*in, Familie, Arbeitskolleg\*innen) auf Ihr Problem oder Ihre Beschwerden?**

Falls Sie bereits wegen psychischer Probleme behandelt wurden, geben Sie dies bitte hier an:

| Zeitpunkt | Grund der Behandlung, ggf. Diagnose | Behandelnde Person | Ihre Erfahrungen |
|-----------|-------------------------------------|--------------------|------------------|
|           |                                     |                    |                  |
|           |                                     |                    |                  |
|           |                                     |                    |                  |
|           |                                     |                    |                  |

Falls Sie Medikamente gegen Ihre psychischen Beschwerden einnehmen, geben Sie diese bitte hier an:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Ich trinke Alkohol

Häufigkeit und Menge:

☐ Ich rauche Zigaretten oder Ähnliches

Tägliche Menge:

☐ Ich konsumiere derzeit weitere Drogen

Welche Drogen?

Häufigkeit und Menge:

Bitte kreuzen Sie die Beschwerden an, unter denen Sie leiden:

☐ Spielsucht

☐ Zwanghaftes Verhalten

☐ Schamgefühl

☐ Unruhe

☐ Unkontrolliertes Weinen

☐ Soziale Vereinsamung

- |                                             |                                                                                                      |                                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zittern            | <input type="checkbox"/> Anspannungszustände                                                         | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit                      |
| <input type="checkbox"/> Ängste             | <input type="checkbox"/> Lebensmüde Gedanken                                                         | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Menschen                    |
| <input type="checkbox"/> Grübeln            | <input type="checkbox"/> Halluzinationen                                                             | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit          | <input type="checkbox"/> Schüchternheit                                                              | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen  |
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle         | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken                                                              | <input type="checkbox"/> Extreme Stimmungsschwankungen             |
| <input type="checkbox"/> Alpträume          | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen                                                     | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen    |
| <input type="checkbox"/> Nervosität         | <input type="checkbox"/> Schlechte Familienverhältnisse                                              | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, sich zu amüsieren        |
| <input type="checkbox"/> Essattacken        | <input type="checkbox"/> Finanzielle Schwierigkeiten                                                 | <input type="checkbox"/> Selbstbestrafendes Verhalten              |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit        | <input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle                                                    | <input type="checkbox"/> Energielosigkeit                          |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen        | <input type="checkbox"/> Gefühl von innerer Leere                                                    | <input type="checkbox"/> Erschöpfung                               |
| <input type="checkbox"/> Sorgenspiralen     | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu entspannen                                                   | <input type="checkbox"/> Aufschieben von Tätigkeiten               |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken      | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Situationen                                                   | <input type="checkbox"/> Gedanken an den Tod                       |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen    | <input type="checkbox"/> Kontrolliertes Essverhalten                                                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Gedankenkreisen    | <input type="checkbox"/> Verringertes berufliches Leistungsvermögen                                  |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit  | <input type="checkbox"/> Gefühl, die eigenen Emotionen nicht kontrollieren zu können                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug   | <input type="checkbox"/> Zunehmende geistige Distanz, negative Haltung oder Zynismus zum eigenen Job |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit sich selbst und/oder dem Partner/der Partnerin          |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Antriebsgesteigert | <input type="checkbox"/> Die Welt fühlt sich manchmal unwirklich an, als wären Sie in einem Film     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Impulsivität       | <input type="checkbox"/> Sie fühlen sich manchmal unwirklich, als wäre Ihr Körper nicht Ihr eigener  |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Misstrauen         | <input type="checkbox"/> Häufiges Sorgen um die eigene körperliche Gesundheit                        |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme  | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle über einen längeren Zeitraum zu behalten    |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit         | <input type="checkbox"/> Hören oder Sehen von Dingen, die nicht real sind                            |                                                                    |

**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Ihre Antworten beziehen sich auf Ihr Empfinden im letzten Monat.**

|                                                                                                | völlig<br>unzutreffend | meistens<br>unzutreffend | kaum<br>zutreffend    | manchmal/teil-<br>weise zutreffend | überwiegend<br>zutreffend | genau<br>zutreffend   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ich finde es schwer, herzlich und spontan zu sein.                                             | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Selbst wenn alles gut zu laufen scheint, habe ich das Gefühl, dass es nur vorübergehend ist.   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Ich schaffe es nicht, mich zusammenzureißen, um Routine- oder langweilige Aufgaben zu beenden. | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Ich habe das Gefühl, dass jederzeit eine Katastrophe passieren kann.                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                           |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich glaube, es ist nur eine Frage der Zeit, bis mich jemand hintergeht.                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Größtenteils hatte ich niemanden, der mir wirklich zuhörte, mich verstand oder auf meine Gefühle und Bedürfnisse einging. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich nicht in der Lage, meinen Alltag selbstständig zu bewältigen.                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bin ein guter Mensch, weil ich mehr an andere denke als an mich selbst.                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich nicht eine Menge Aufmerksamkeit von anderen Personen bekomme, fühle ich mich weniger wichtig.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich glaube, dass das, was ich anzubieten habe, wertvoller ist als der Beitrag anderer.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Bitte kreuzen Sie an, welche Gedanken oder Überzeugungen Sie gelegentlich haben.**

- |                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich darf keine Fehler machen.                          | <input type="checkbox"/> Ich muss perfekt sein, um geliebt zu werden.                 |
| <input type="checkbox"/> Ich muss von allen Menschen gemocht werden.            | <input type="checkbox"/> Wer Hilfe benötigt, ist schwach.                             |
| <input type="checkbox"/> Ich bin für alles verantwortlich.                      | <input type="checkbox"/> Ich werde für immer so sein, wie ich bin.                    |
| <input type="checkbox"/> Es ist notwendig, dass ich alles unter Kontrolle habe. | <input type="checkbox"/> Ich muss mehr leisten als andere.                            |
| <input type="checkbox"/> Ich bin wertlos.                                       | <input type="checkbox"/> Es ist wichtig, dass niemand weiß, wie es mir wirklich geht. |

**Geben Sie nun eigene Überzeugungen oder Lebensregeln an, die Sie häufig im Kopf haben.**

**Falls Sie unter körperlichen Beschwerden leiden, kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft.**

- |                                              |                                                      |                                                     |                                                   |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen         | <input type="checkbox"/> Spannungszustände          | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen           |
| <input type="checkbox"/> Heißhunger          | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen               | <input type="checkbox"/> Unruhe                     | <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden          |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Schwindel                   | <input type="checkbox"/> Zittern                    | <input type="checkbox"/> Sodbrennen               |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzklopfen                 | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen    | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit     | <input type="checkbox"/> Schwächeperioden (Ohnmacht) | <input type="checkbox"/> Einschränkungen der Libido | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen          |
|                                              |                                                      |                                                     | <input type="checkbox"/> Andere Schmerzen         |

**Falls Sie weitere Beschwerden haben, geben Sie diese hier an:**

## Fragen zur Familie

### Vater

**Vorname:**  **Alter:**

**Falls Ihr Vater verstorben ist:**

**Todesjahr:**  **Todesursache:**

**Alter zum Todeszeitpunkt:**

**Welche Gefühle kommen auf, wenn Sie an den Tod Ihres Vaters denken?**

**Beruf:**

**Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrem Vater gemein?**

**Beschreiben Sie die Beziehung Ihres Vaters zu Ihnen:**

**Schreiben Sie bitte typische Sätze Ihres Vaters auf:**

## **Mutter**

**Vorname:**  **Alter:**

**Falls Ihre Mutter verstorben ist:**

**Todesjahr:**  **Todesursache:**

**Alter zum Todeszeitpunkt:**

**Welche Gefühle kommen auf, wenn Sie an den Tod Ihrer Mutter denken?**

**Beruf:**

**Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrer Mutter gemein?**

**Beschreiben Sie die Beziehung Ihrer Mutter zu Ihnen:**

**Schreiben Sie bitte typische Sätze Ihrer Mutter auf:**

**Falls Sie etwas über die Schwangerschaft Ihrer Mutter und/oder Ihre Geburt wissen, notieren Sie es bitte hier:**

**Falls sich Ihre Eltern haben scheiden lassen**

**Wann war die Scheidung?**

**Bei wem wuchsen Sie auf?**

**Wie alt waren Sie bei der Scheidung?**

**Wie kamen Sie damit zurecht?**

**Falls Sie Stiefeltern haben/hatten**

**Wie alt waren Sie, als Ihr Stiefvater in Ihr Leben trat?**

**Beschreiben Sie Ihren Stiefvater:**

**Beziehung zu ihm – damals:**

**heute:**

**Wie alt waren Sie, als Ihre Stiefmutter in Ihr Leben trat?**

**Beschreiben Sie Ihre Stiefmutter:**

**Beziehung zu ihr – damals:**

**heute:**

**Falls Sie in einem Heim oder Internat aufgewachsen sind:**

**Wann bzw. wie lange waren Sie dort?**

**Weshalb waren Sie dort?**

**Wie kamen Sie damit zurecht?**

**Bitte machen Sie kurze Angaben zu Ihren Geschwistern, einschließlich Halb- und Stiefgeschwistern:**

| Vorname              | Geburtsjahr          | Beziehung früher     | Beziehung heute      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Beschreiben Sie die Atmosphäre in dem Zuhause, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie war das Verhältnis zwischen den Eltern bzw. Erziehern und Kind(ern)?**

- |                                      |                                              |                                         |                                             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> herzlich    | <input type="checkbox"/> kalt, herzlos       | <input type="checkbox"/> vertrauensvoll | <input type="checkbox"/> konfliktvermeidend |
| <input type="checkbox"/> fürsorglich | <input type="checkbox"/> leistungsorientiert | <input type="checkbox"/> streng         | <input type="checkbox"/> unterstützend      |
| <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> fordernd            | <input type="checkbox"/> überbehütend   |                                             |
| <input type="checkbox"/> lieblos     | <input type="checkbox"/> offen               | <input type="checkbox"/> konflikthaft   |                                             |

**Weitere Anmerkungen:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Bitte ankreuzen:**

- |                                                     |                          |                            |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie sich von Ihrem Vater akzeptiert gefühlt?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrem Vater geliebt gefühlt?     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrer Mutter akzeptiert gefühlt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrer Mutter geliebt gefühlt?    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

**Wie haben Ihre Eltern/Erzieher\*innen Sie erzogen? Worauf haben sie besonderen Wert gelegt? Auf welche Art wurden Sie durch wen wofür belohnt oder bestraft?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Konnten Sie Ihren Eltern/Erzieher\*innen vertrauen? Falls nein: Weshalb nicht?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Beschreiben Sie bitte aus Ihrer damaligen und heutigen Sicht die Persönlichkeit Ihrer Eltern/Erzieher\*innen.**

**damals:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**heute:**

**Geben Sie einen Überblick über Ihre religiöse Erziehung und Ihre heutige Einstellung zu religiösen Fragen. Sind Sie Mitglied einer Glaubensgemeinschaft?**

**Wie würden Sie sich als Kind beschreiben?**

- |                                              |                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> energiegeladen      | <input type="checkbox"/> unsicher            | <input type="checkbox"/> angepasst     |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig        | <input type="checkbox"/> schüchtern          | <input type="checkbox"/> interessiert  |
| <input type="checkbox"/> fleißig             | <input type="checkbox"/> freundlich          | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> neugierig           | <input type="checkbox"/> kontaktfreudig      | <input type="checkbox"/> ängstlich     |
| <input type="checkbox"/> aggressiv           | <input type="checkbox"/> aktiv               | <input type="checkbox"/> sportlich     |
| <input type="checkbox"/> um Zuwendung bemüht | <input type="checkbox"/> hilfsbereit         | <input type="checkbox"/> vorlaut       |
| <input type="checkbox"/> unruhig             | <input type="checkbox"/> wenig selbstständig | <input type="checkbox"/> zart besaitet |

**Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre Kindheit zutrifft:**

- |                                     |                                               |                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alpträume  | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln        | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> (Nagel-)Hautknabbern | <input type="checkbox"/> Stottern   |

**Ängste, wegen/vor:**

**Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen? Beschreiben Sie, bei wem und um welche Erkrankung es sich handelt (Eltern, Geschwister, Großeltern, andere Familienmitglieder).**

## **Fragen zur Schulzeit, Ausbildung, zum Beruf**

---

**Alter bei Schuleintritt:**

- ☐ Es wurde eine Lernschwäche festgestellt. Falls vorhanden, welche?

**Welchen Schulabschluss haben Sie zuletzt erreicht?**

**Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?**

**Beschreiben Sie Ihre Kontakte zu Mitschüler\*innen, Lehrer\*innen und Ihr Verhältnis zu Gleichaltrigen. Hatten Sie einen Spitznamen, wurden Sie gehänselt oder waren Sie Außenseiter? Wenn ja, warum?**

**Gab es besondere Auffälligkeiten, Erlebnisse oder Beschwerden in der Vorschulzeit, bei der Einschulung oder während der Schulzeit?**

**Geben Sie Ihre Schwächen und Stärken während Ihrer Schulzeit an:**

**Geben Sie bitte einen Überblick über Ihre Ausbildungszeit (Schule, Lehre, Studium) in zeitlicher Reihenfolge. Nennen Sie auch die Gründe für eventuelle Schwierigkeiten, Misserfolge, Wechsel oder Abbrüche.**

| Zeitraum | „Station“ | Besonderheiten |
|----------|-----------|----------------|
|          |           |                |
|          |           |                |
|          |           |                |
|          |           |                |
|          |           |                |

**Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?**

**Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich?**

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden?

☐ ja ☐ nein

**Falls nein: Wieso nicht?**

Haben Sie eine gute Beziehung zu Ihrer Führungskraft?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine gute Beziehung zu Kolleg\*innen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie jemals eigeninitiativ gekündigt?

☐ ja ☐ nein

**Falls ja: Wie oft und wann?**

Sind Sie jemals gekündigt worden?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie unregelmäßige Arbeitszeiten oder arbeiten Sie im Schichtdienst?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie zufrieden mit den angebotenen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung?

☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich ausreichend gefordert?

☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich überfordert?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie mit der Vergütung zufrieden?

☐ ja ☐ nein

**Falls Sie selbstständig sind:**

Haben Sie Angestellte?

☐ ja ☐ nein

**Falls ja: Wie viele?**

Befinden Sie sich in einer finanziell sicheren Situation?

☐ ja ☐ nein

## **Fragen zu sozialen Kontakten, Partnerbeziehungen, Ehe**

---

Schließen Sie leicht Freundschaften?

☐ ja ☐ nein

**Falls nein: Woran liegt das?**

Falls ja: Sind diese Freundschaften beständig?

☐ ja ☐ nein

**Was schätzen andere Menschen an Ihnen?**

### Welche Ihrer Verhaltensweisen stören andere an Ihnen?

### Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

|                                                                                              | völlig<br>unzutreffend | meistens<br>unzutreffend | kaum<br>zutreffend    | manchmal/teil-überwiegend<br>weise zutreffend | genau<br>zutreffend   | genau<br>zutreffend   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mir fällt es recht leicht, anderen nahe zu kommen.                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich mache mir Sorgen über das Alleinsein.                                                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden.                                                 | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich werde nervös, wenn mir irgendwer zu nahe kommt.                                          | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein.                                              | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu sein.                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Oft Sorge ich mich darum, ob mich meine<br>Liebespartner*innen wirklich lieben.              | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liebespartner*innen wollen häufiger, dass ich ihnen nahe<br>bin, als mir lieb ist.           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich mir<br>erlaube, anderen nahe zu kommen. | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Häufig Sorge ich mich darum, ob meine<br>Liebespartner*innen bei mir bleiben wollen.         | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Bitte geben Sie einen Überblick über Ihre Partnerschaften und Ehe(n): Wie lange sie dauerten, welche Schwierigkeiten es gab, warum sie endeten und ob daraus noch heute anhaltende Probleme bestehen.

### Falls Sie sich derzeit in einer Partnerschaft befinden:

**Seit wann befinden Sie sich in dieser Partnerschaft?**

**Wie alt ist Ihr Partner/Ihre Partnerin?**

Leben Sie in einer monogamen Partnerschaft?

☐ ja ☐ nein

**Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin:**

Haben Sie in letzter Zeit schon einmal an eine Trennung gedacht?

☐ ja ☐ nein, nicht ernsthaft

**Falls ja, wieso?**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Partnerschaft:**

## Kinder

---

Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche, als Sie versucht haben, Kinder zu bekommen? ☐ ja ☐ nein

**Falls Sie Kinder haben – Anzahl Ihrer Kinder mit Vornamen und Alter:**

Gab es besondere Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes oder Ihrer Kinder?

☐ ja ☐ nein

**Falls ja, welche?**

Gab es während des Großwerdens Ihrer Kinder besondere Ereignisse, die Ihr Leben nachhaltig beeinflusst haben?

☐ ja ☐ nein

**Falls ja, welche?**

**Beschreiben Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihren Kindern. Gibt es Besonderheiten, Schwierigkeiten, Herausforderungen?**

## Sexualität

---

Ich definiere meine Geschlechtsidentität als:

- ☐ feminin   ☐ maskulin   ☐ anders

**Falls anders, und zwar:**

Ich fühle mich sexuell angezogen von:

- ☐ Frauen   ☐ Männern   ☐ Menschen, unabhängig vom Geschlecht   ☐ ich bin asexuell

Hatten Sie bereits sexuellen Kontakt zu anderen Menschen?

- ☐ ja   ☐ nein

**Ich hatte meinen ersten Geschlechtsverkehr mit (Alter):**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Gedanken bezüglich Ihrer ersten sexuellen Erfahrung:**

**Wie ist/war die Einstellung Ihrer Eltern oder Erzieher zu sexuellen Fragen? Wie ist Ihre eigene?**

**Sind Sie aufgeklärt worden? Wenn ja: Durch wen, in welchem Alter?**

**Hatten Sie einschneidende negative sexuelle Erlebnisse? Wenn ja, welche und seit wann? Wie kommen Sie damit heute zurecht?**

**Haben Sie Schuld-, Scham- oder Angstgedanken in Bezug auf Sex? Wenn ja, welche und seit wann?**

**Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden? Falls nein: Weshalb nicht?**

## **Selbstbeschreibung**

---

**Bitte beschreiben Sie sich selbst und was Sie an sich schätzen:**

**Was möchten Sie an sich ändern?**

**Schreiben Sie Ihre drei größten Fähigkeiten auf:**

1.
2.
3.

**Bitte ergänzen Sie – möglichst spontan, ohne lange nachzudenken – folgende Sätze:**

1. Andere Leute
2. Unsere Familie

3. Ich beneide
4. Mein größter Ehrgeiz
5. Nachts
6. Ich bedaure
7. Meine Kindheit
8. Ich kann nicht
9. Frauen sind meist
10. Die Zukunft
11. Ich habe Vergnügen an
12. Niemand
13. Das Schlimmste
14. Meine Arbeit
15. Oft denke ich

1. Am meisten ärgere ich mich über
2. Ich fürchte
3. Ich fühle mich verletzt
4. Mein Vater
5. Ich brauche
6. Ich bin stolz
7. Mein heißester Wunsch
8. Ich leide
9. Im Dunkeln
10. Meine größte Sorge
11. Meine Mutter
12. Ich habe Angst
13. Liebe
14. Ich kämpfe
15. Ich schäme mich
16. Manchmal träume ich
17. Suizid
18. Die meisten Männer
19. Ich bin sehr
20. Zuhause
21. Es ist mir peinlich

22. Freunde
23. Ich schlafe
24. Ganz im Geheimen
25. Viel Zeit
- (Satzergänzungstest nach J. B. Rönke)

## Wichtige Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte in den unten genannten Lebensabschnitten und mögliche Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen:

|                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>0 – 3 Jahre</b><br><i>z. B. Probleme bei Schwangerschaft/Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen</i> |  |
| <b>3 – 6 Jahre</b><br><i>z. B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen</i>                                   |  |
| <b>6 – 10 Jahre</b><br><i>z. B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern/Erziehern</i>                                       |  |
| <b>10 – 15 Jahre</b><br><i>z. B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften</i>                                       |  |
| <b>15 – 20 Jahre</b><br><i>z. B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus</i>                        |  |
| <b>20 – 25 Jahre</b><br><i>z. B. Partnersuche, Selbstständigkeitsentwicklung</i>                                      |  |
| <b>ab dem 25. Lebensjahr</b>                                                                                          |  |

## Problemanalyse

Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt? Was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

**In welchen Situationen treten Ihre Probleme gehäuft auf?**

**In welchen Situationen bzw. unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf?  
Wann fühlen Sie sich besser?**

**Welche typischen Gedanken treten im Zusammenhang mit Ihren Problemen auf?**

**Welche Gefühle sind damit verbunden?**

**Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?**

**Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt? Was tun Sie, um sich zu helfen?**

**Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?**

**Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegen. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?**

**Für Sie persönlich:**

**Für Ihre Umgebung:**

**In welcher Hinsicht würde sich Ihr Leben verändern, wenn Ihr Problem gelöst wäre bzw. nicht mehr fortbestände?**

**Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?**

**Woran hindert Sie Ihr Problem?**

**Wann benutzen Sie Ihr Problem schon mal als Ausrede?**

**Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?**

**Auf welche mögliche Überforderung oder Überlastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?**

## **Zielsetzung**

---

**Was möchten Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie erreichen?**

**Was genau möchten Sie verändern, welche Gefühle und Verhaltensweisen abbauen, welche auf- oder ausbauen?**

**Stellen Sie sich vor, über Nacht würde ein Wunder geschehen, und all Ihre Probleme wären verschwunden. Woran würden Sie das am nächsten Tag erkennen? Was würde Ihnen wieder gelingen, wie würden Sie sich fühlen, und was hätte sich in Ihrem Leben verändert?**

**Haben Sie bestimmte Sorgen oder Ängste, wenn Sie an die bevorstehende Behandlung denken?**

**Was wird sich in Ihrem privaten und beruflichen Umfeld positiv, was nachteilig verändern, wenn Sie Ihre oben beschriebenen Ziele erreichen?**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Erwartungen an die Behandlung. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig? Wie sollen Ihre Ziele erreicht werden, und wie lange schätzen Sie, dass es dauern wird? Was sehen Sie als Ihre Aufgabe und was erwarten Sie als Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin?**

## Welche Eigenschaften sollte Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin haben?

### Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:

*Herzlichen Dank für Ihre Mühe und Offenheit. Die Zeit, die Sie in diesen Bogen investiert haben, ist ein wichtiger Beitrag zu unserer gemeinsamen Arbeit.*

Datum

Ihre Unterschrift

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

---

Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten werden in unserer Praxis verarbeitet, soweit dies für die Anbahnung, Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist.

**Eine Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Kliniken oder Praxen erfolgt nicht aufgrund dieses Anamnesebogens und nicht automatisch. Eine solche Übermittlung erfolgt nur, wenn Sie uns hierfür ausdrücklich und gesondert Ihre Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erteilen.**

Welche Stellen einbezogen werden dürfen und in welchem Umfang ein Austausch stattfinden soll, besprechen wir bei Aufnahme der Psychotherapie nochmals mit Ihnen. Die entsprechende Einwilligung wird im Behandlungsvertrag bzw. in einer gesonderten Schweigepflichtentbindung dokumentiert und kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Gesetzlich erforderliche Datenübermittlungen, insbesondere zur Abrechnung mit den hierfür zuständigen Stellen, bleiben hiervon unberührt.

### Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzhinweise der Praxis zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

## Widerspruch zur elektronischen Patientenakte (ePA)

---

Hiermit widerspreche ich der Einsichtnahme in sowie der Befüllung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch diese Praxis.

Für mich

Name, Vorname Patient:in

Geburtsdatum

Versicherten-Nr. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

## Schweigepflichtentbindung gegenüber Dritten

---

Für eine gute Behandlung kann es hilfreich sein, sich mit anderen an Ihrer Versorgung beteiligten Stellen auszutauschen. Ohne Ihre ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht dürfen wir grundsätzlich keine vertraulichen Informationen an Dritte weitergeben oder von diesen einholen.

**Ich entbinde die Behandelnden dieser Praxis gegenüber folgenden Stellen von der Schweigepflicht:**

Stelle / Institution

Ansprechpartner:in

Telefon

E-Mail

**Beschränkung auf bestimmte Themen oder Zeiträume (falls gewünscht):**

Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

## Wichtige Informationen & Einverständniserklärung

### 1. Terminpraxis & Ausfallhonorar

Vereinbarte Termine sind exklusiv für Sie reserviert. Bitte sagen Sie Termine spätestens 48 Stunden vorher ab; für diese Frist zählen nur Werktage (Montag bis Freitag). Bei Nichterscheinen oder verspäteter Absage ohne triftigen Grund berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,- EUR. Bei akuter Erkrankung entfällt das Ausfallhonorar bei Vorlage eines ärztlichen Attests.

### 2. Privatleistungen (Gutachten, Stellungnahmen etc.)

Gutachten, Stellungnahmen, Bescheinigungen und sonstige Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger übernommen werden, werden privat in Rechnung gestellt.

### 3. Abrechnung nach GOÄ

Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Rechnungen sind unabhängig von der Erstattung durch private Krankenversicherung oder Beihilfestelle fällig (§ 12 GOÄ). Eine vollständige Erstattung kann nicht garantiert werden.

Datum

Unterschrift Patient:in

### Verwendungszweck & Empfehlungen

Der reguläre E-Mail-Verkehr der Praxis dient grundsätzlich administrativen Zwecken, z. B. Terminvereinbarungen, Terminabsagen oder organisatorischen Rückfragen. Unverschlüsselte E-Mails können Sicherheitslücken aufweisen. Bitte senden Sie vertrauliche medizinische Informationen möglichst nicht per unverschlüsselter E-Mail.

### Übermittlung des Anamnesebogens

**Aus Datenschutzgründen empfehlen wir, den ausgefüllten Anamnesebogen per Post zu senden oder persönlich zum Termin mitzubringen. Eine Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail ist möglich, erfolgt jedoch auf eigene Gefahr.**

### Einwilligung zur organisatorischen Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminabstimmung und für organisatorische Belange über die von mir ausgewählten Wege kontaktiert. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Telefonanruf

SMS

E-Mail

Keine Kontaktaufnahme über diese Wege; Terminabsprachen nur persönlich bzw. über einen gesondert vereinbarten sicheren Weg.

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

### Nachrichten auf Mailbox/Anrufbeantworter

Eine neutrale Rückrufbitte ohne Hinweis auf Psychotherapie ist erlaubt.

Keine Nachricht auf Mailbox/Anrufbeantworter.

## 5. Datenschutz und Behandlungsdokumentation

---

Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten werden zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten nach den jeweils geltenden datenschutz-, berufs- und sozialrechtlichen Vorgaben verarbeitet. Die Behandlungsakte wird grundsätzlich mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit keine längere gesetzliche oder aus anderen Gründen erforderliche Aufbewahrung greift.

Es bestehen insbesondere Rechte auf Auskunft und Berichtigung sowie - unter den gesetzlichen Voraussetzungen - auf Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung. Das Recht auf Einsicht in die Behandlungsakte richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben. Ergänzende Informationen nach Art. 13 DSGVO werden in der Datenschutzhinweisung der Praxis bereitgestellt.

**Eine Übermittlung von Behandlungsdaten an andere Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Kliniken oder Praxen erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen, gesonderten Einwilligung bzw. Schweigepflichtentbindung. Diese Einwilligung muss der Praxis ausdrücklich erteilt werden. Ob und gegenüber welchen Stellen ein Austausch sinnvoll ist, besprechen wir bei Aufnahme der Psychotherapie nochmals mit Ihnen und halten dies im Behandlungsvertrag bzw. in einer gesonderten Erklärung fest.**

## 6. Terminerinnerung

Ich bin einverstanden, bei Bedarf eine Terminerinnerung per E-Mail, SMS oder auf anderem vereinbarten Weg zu erhalten.

## 7. Fotos / Videoaufnahmen zur Dokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass zur Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung ggf. Fotos oder Videoaufnahmen erstellt und genutzt werden.

## 8. Vollständige Anmeldung erforderlich

**Für eine Terminvergabe benötigen wir einen vollständig ausgefüllten Anamnesebogen. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir die Übermittlung per Post oder die persönliche Abgabe bzw. das Mitbringen zum Termin. Eine Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail erfolgt auf eigene Gefahr.**

## 9. Bitte bringen Sie zum ersten Termin mit

- Kopien relevanter Arztbriefe, Befunde oder Testergebnisse (falls vorhanden)
- Ihre Krankenversicherungskarte
- ggf. Überweisungsschein

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis!**

Datum

Unterschrift Patient:in