Claudia Paschke

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Salierring 11

50677 Köln

Mobil: 0179-3131954 Email: [kontakt@praxis-kreativerleben.de](mailto:kontakt@praxis-kreativerleben.de) [www.praxis-kreativerleben.de](http://www.praxis-kreativerleben.de)

**ANAMNESEBOGEN PSYCHOTHERAPIE**

**EIGENANAMNESE**

**Patientendaten**

Name:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon Angehörige/r:

Hausarzt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erstkontakt am:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erstgespräch am:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

**Aktuelle Beschwerden**

Was ist der Grund Ihrer Konsultation?

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden!

* Beginn:
* Dauer:
* Stärke:
* Besonderheiten (z.B. kommt und geht)
* subjektive Beeinträchtigung auf einer Skala von 1-10 (1=gering, 10=stark):
  + Arbeitswelt / Beruf / Ausbildung ...........................
  + Haushalt / Alltagserledigungen ...........................
  + Familienleben / Partnerschaft ...........................
  + Kinder ...........................
  + Kontakt zu Freunden ...........................
  + Freizeit / Hobby ...........................
  + Körperliche Leistungsfähigkeit ...........................
  + Geistige Leistungsfähigkeit ...........................
  + Merkfähigkeit ...........................
* Entwicklung der aktuellen Beschwerden:
* Bekannte Auslösebedingungen:
* Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Impfungen)

**Krankheitsentwicklung**

* Gibt es psychische Vorerkrankungen?
* Bei welchem Arzt / Ärzten oder Therapeuten waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon vorstellig geworden oder in Behandlung?
* Welche Diagnose(n) haben Sie bereits erhalten?

(Diagnoseschlüssel nach ICD-10, falls bekannt – ansonsten begrifflich)

* Gibt es hierzu testpsychologische Befunde, bildgebende Auswertungen, Laborwerte?
* Gibt es körperliche Ursachen für Ihre psychische Störungen oder aktuelle Krankheiten, die mitwirkend auf Ihre Psyche schlagen?
* Haben Sie umgedreht das Gefühl, dass sich Ihre psychischen Probleme schon körperlich manifestiert haben?
* Haben Sie Vorerkrankungen?
* Wie ist Ihre momentane gesundheitliche Wahrnehmung von sich selbst?
* Welchepsychischen oder somatischen Erkrankungen gibt / gab es in der Verwandtschaft?
* Welche medizinischen und therapeutieschen Vorbehandlungen hatten Sie?

(Arzt / Therapeut, Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg)

* Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein - mit Dosierung und Dauer der Einnahme?

(Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.)

**Motivation:**

* Wie groß ist Ihr Eigeninteresse an der Behandlung?
* Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung, was ist Ihr Behandlungsziel?
* Wie können Sie unterstützend mitwirken?

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen oder Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

* Woran könnten Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?
* Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie Ihr Ziel erreicht hätten?
* Was könnten Sie möglicherweise verlieren, wenn Sie Ihre Beschwerden los werden?
* Was gewinnen Sie, wenn Sie das Problem behalten?
* Gibt es Ihrer Meinung nach noch weitere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen könnten?

**Ressourcen, Kraftquellen, Anbindung**

Halt, Schutz und Freude bieten mir ...

* Familienangehörige (eigene Kinder – einen Partner – Geschwister – Eltern – Großeltern – Enkel – Tanten und Onkels – Cousins und Cousinen)
* Freunde, Kollegen
* Haustiere
* Beruf, sinnvolle Beschäftigung, Anerkennung
* Finanzielles Auskommen, Sicherheit, Unabhängigkeit
* Hobbys, Talente, Vergnügungen
* Gesundheit und Vitalität
* Glaube, Gottvertrauen
* Aufenthalt in der Natur
* Welche Ressourcen haben Sie sonst noch, auf die Sie zurückgreifen können?
* Was ist Ihr größtes Hobby / Ihre größte Leidenschaft? Was erfüllt Ihr Herz?
* Welche Werte sind Ihnen besonders wichtig im Leben?

**Aktuelle soziale Situation**

* Bitte beschreiben Sie hier kurz Ihre Lebensumstände

(allein leben oder mit zusammen, Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Status, Geld)

* Wie sind Ihre Lebensgewohnheiten? Wie sieht ein typischer Tag aus?
* Wie würden Sie sich beschreiben (Charakter, Persönlichkeitszüge)
* Wie gestalten Sie Ihre Freizeit? Welche Hobbys und Talente haben Sie?
* Wie steht es um Ihre Sozialkontakte (Netz)? Wie eingebunden / angesehen sind Sie?
* Wie zufrieden sind Sie? Habe Sie Aufgaben, die Sie erfüllen?
* Was streßt Sie, was regt Sie auf?
* Was sind Ihre Werte? Woran glauben Sie?

**Biographische Daten**

Bitte beschreiben Sie hier Besonderheiten im Lebenslauf zu folgenden Themen:

* Schwangerschaft Ihrer Mutter und Geburtsumstände:
* Frühkindliche und vorschulische Entwicklung:
* Frühneurotische Zeichen (z.B. Ängste, Zwänge, depressive Verstimmungen, somatische Störungen):
* Familiengröße Ihrer Ursprungsfamilie, Familienmilieu, Geschwister und Geschwisterreihenfolge:
* Beziehung zu Eltern und Geschwistern – Familienatmosphäre:
* Erziehungsstil der Eltern:
* Familiäre Belastungsfaktoren:
* Schulische Entwicklung:
* Pubertät:
* Sexuelle Entwicklung:
* Berufliche Entwicklung:
* Partnerschaften, Ehe und Familie (Kinder):
* Belastende Lebensereignisse bis heute: