

Biographische Anamnese

Dieser Bogen hilft mir, Sie und Ihre Lebensgeschichte besser kennenzulernen.
Nehmen Sie sich ruhig Zeit dafür.

Hinweise zum Ausfüllen. Sie können diesen Bogen am Computer ausfüllen und als PDF speichern oder ausdrucken und handschriftlich bearbeiten. Füllen Sie nur aus, was Ihnen möglich ist — Fragen, die Ihnen unangenehm sind, dürfen Sie offenlassen; wir können alles auch im Gespräch besprechen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefon / E-Mail

Familienstand

Staatsangehörigkeit / Muttersprache

Hausärztin / Hausarzt

2 Aktuelles Anliegen

Was führt Sie zu mir? Welche Beschwerden möchten Sie verändern?

Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Wie stark belasten Sie die Beschwerden zurzeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = gar nicht · 10 = sehr stark

Was haben Sie bisher selbst dagegen unternommen?

Was möchten Sie in der Therapie erreichen? (Ihre Ziele)

3 Familie & Herkunft

Eltern: Alter, Beruf, (falls verstorben) Todesjahr und -ursache

Geschwister: Anzahl, Alter, Verhältnis zu ihnen

Wie würden Sie das Klima in Ihrem Elternhaus beschreiben? (Erziehung, Atmosphäre)

Psychische oder körperliche Erkrankungen in der Familie? (z. B. Depression, Sucht, Angst)

Besondere Ereignisse oder Belastungen in Kindheit/Jugend

4 Ausbildung & Beruf

Schulische und berufliche Ausbildung (Abschlüsse)

Aktuell ausgeübter Beruf

seit

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation? Belastungen am Arbeitsplatz?

Aktuelle Arbeitsfähigkeit (Vollzeit / Teilzeit / krankgeschrieben / berentet)

5 Partnerschaft, Familie & soziales Umfeld

Aktuelle Partnerschaft: seit wann, wie erleben Sie sie?

Eigene Kinder (Anzahl, Alter)

Frühere bedeutsame Beziehungen

Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben? Wie ist Ihr Freundes-/Bekanntenkreis?

Wohnsituation (mit wem leben Sie zusammen?)

6 Körperliche Gesundheit

Bestehende körperliche Erkrankungen / chronische Beschwerden

Aktuelle Medikamente (Name, Dosis)

Frühere Operationen, Krankenhausaufenthalte, Unfälle

Größe / Gewicht

Letzte Vorsorgeuntersuchung

7 Konsum & Gewohnheiten

Rauchen (Art, Menge, seit wann)

Alkohol (Häufigkeit, Menge)

Andere Substanzen / Medikamente zur Beruhigung oder zum Schlafen

Schlaf (Qualität, Ein-/Durchschlafen, Stunden pro Nacht)

Bewegung, Ernährung, Entspannung / Hobbys

8 Bisherige psychische Behandlungen

Hatten Sie bereits psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung?

☐ nein

☐ ambulante Psychotherapie

☐ stationär / Klinik

☐ psychiatrische Behandlung

☐ Medikamente (Psychopharmaka)

Wenn ja: wann, bei wem, wie lange, womit waren Sie (un)zufrieden?

Bestanden / bestehen jemals Gedanken, sich das Leben zu nehmen oder sich zu verletzen?

☐ nein

☐ früher

☐ aktuell — bitte unbedingt im Gespräch ansprechen

Möchten Sie dazu etwas anmerken? (freiwillig)

9 Ressourcen & Persönliches

Was können Sie gut? Worauf sind Sie stolz?

Was gibt Ihnen Kraft, Halt oder Freude?

Wie würden Sie sich selbst als Person beschreiben?

Gibt es etwas, das Sie mir unbedingt mitteilen möchten?

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vorbereitung Ihrer Behandlung. Dieser Bogen wird lokal auf Ihrem Gerät ausgefüllt; es werden keine Daten übertragen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zur Sitzung mit oder übermitteln Sie ihn auf dem mit der Praxis vereinbarten Weg.