

stephanie ortiz y lülsdorff

HEILPRAKTIKERIN (PSYCHOTHERAPIE)

we all carry each other home



heilraum

Am Propsthof 132
53121 Bonn
0228.710 13 200
info@heilraum.org
www.heilraum.org

ANAMNESBOGEN zum Selbstauffüllen

Liebe Klientin, lieber Klient,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Zusammenarbeit. Ich weiß, dass die sorgfältige und vollständige Beantwortung einige Zeit in Anspruch nimmt und Ihnen einige Antworten vielleicht etwas unangenehm sind. Fragen, die Ihnen Schwierigkeiten machen, können Sie mit einem Fragezeichen versehen und wir können darüber sprechen, sofern Sie das möchten.

Sollte der zur Verfügung stehende Platz für Ihre Antwort nicht ausreichen, verwenden Sie die jeweilige Rückseite oder ein Extrablatt.

Laufende Therapien und Behandlungen sind **vor** der Sitzung offenzulegen.
Ich versichere Ihnen, dass alles was Sie schreiben absolut vertraulich behandelt wird.
Alle Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Wohnort:

Geburtstag:

Telefon:

E-Mail:

ausgeübter Beruf:

Schulbildung:

Familienstand:

Höchster Abschluss:

Hausarzt:

erlernter Beruf:

Facharzt:

Wen benachrichtige ich im
Notfall?

Therapeut:

PROBLEME und BESCHWERDEN

Aus welchem Grund kommen Sie gerade jetzt?

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? Bitte beschreiben Sie dabei Gefühle und/oder Körperempfindungen möglichst genau mit Stichworten.

Schildern Sie in Stichworten, wann Ihre Beschwerden das erste Mal auftraten, wie es dazu kam und wie sich die Beschwerden bis heute entwickelt haben.

In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Probleme beeinträchtigt, z. B.: beruflicher, familiärer Bereich, Freizeit, Kontakt mit anderen usw., und wie wirkt sich dies konkret auf Ihr Leben aus?

Schildern Sie beispielhaft eine Situation aus der letzten Zeit, bei der die Schwierigkeiten auftraten.

Wann und wie häufig treten diese Probleme zurzeit auf?

Wann verschlimmern sich die Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann?

Sind Sie momentan krankgeschrieben?

Sind Sie arbeitsunfähig?

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

Was sind die Folgen für Sie und/oder andere Personen?

Sind oder waren Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher oder psychologischer Behandlung, im Krankenhaus, zur Kur und wann?

Wann war Ihr letzter (Haus)Arztbesuch? Warum waren Sie dort?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Gegen welche Beschwerden? Seit wann? Von wem verordnet: Arzt/Heilpraktiker o.a.?

Gibt es Zeiten oder Gelegenheiten, in denen Ihre Beschwerden nicht, abgeschwächt, nur selten oder gar nicht auftreten?

Welche Versuche haben Sie unternommen, die Schwierigkeiten zu verändern? Mit welchem Ergebnis?

Was wird sich wesentlich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie Ihre Beschwerden los sind oder sie zumindest gelindert sind?

Gab oder gibt es jemanden in Ihrer Umgebung, der ähnliche Probleme hat wie Sie?
(Kurze Beschreibung der Person und deren Probleme)

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

Haben Sie darüber hinaus noch andere Beschwerden? Welche?

FAMILIE und LEBENSGESCHICHTE

Vater

Name

Alter

Beruf

Gesundheit

falls verstorben

Alter und Ursache

Mutter

Name

Alter

Beruf

Gesundheit

falls verstorben

Alter und Ursache

Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt des Todes eines und/oder beider Elternteile?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre Beziehung zueinander, früher und heute.

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre Beziehung zueinander, früher und heute.

Geschwister (Vorname, Alter, Beruf, Familienstand)?

Wie verstanden Sie sich früher, wie verstehen Sie sich heute mit Ihren Geschwistern?
Welche Stellung hatten Sie unter den Geschwistern?

Wie waren Sie als Kind? Beschreiben Sie sich kurz:

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

Gab es Auffälligkeiten als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war oder während der Geburt?

Wohnt noch jemand mit im Haushalt? Wenn ja, welche Rolle nimmt er/sie ein, und wie ist Ihr Verhältnis zu dieser Person?

Gibt es besondere Krankheiten, psychische Störungen oder andere Auffälligkeiten in Ihrer Familie?

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank? Hatten sie Probleme?

Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus?

Welche Konflikte gab es?

Wenn Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, bei wem wuchsen Sie auf und in welchen Jahren?

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre im Elternhaus: Wie haben sich die Eltern verstanden (1)? Wie war das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern (2)? Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen (3)?

(1)

(2)

(3)

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

Welche Rolle spielten Gesellschaft und Kirche? Geben Sie einen Einblick in Ihre religiöse und weltanschauliche Erziehung.

Gab es in Ihrer Kindheit noch andere wichtige Menschen, denen Sie sich anvertrauen konnten?

Wie bestrafen (1) oder belohnen (2) die Eltern Sie? (Beispiele angeben)

(1)

(2)

Haben Sie Ihre Familie in Ihrer Kindheit als unterstützend empfunden? Inwiefern?

Alter bei Schulbeginn..... Alter beim Verlassen der Schule:

Wie war Ihre schulische Entwicklung? Gab es Schwierigkeiten?

Welcher Schulabschluss?

Weitere Ausbildungen (auch unvollständige)?

Wo lagen Ihre Stärken (1) bzw. Schwächen (2) in der Schule?

(1)

(2)

Welches waren prägende Erlebnisse für Sie als junger Mensch?

Unterstreichen Sie alles, was für ihre Kindheit zutrifft:

Nächtliches Aufschrecken, Bettnässen, Schlafwandel, Ängste, Nägelkauen, Daumenlutschen, Stottern, Probleme im sexuellen Bereich, Jähzorn

Anderes? Was dann?

Gab es sonstige Auffälligkeiten in Ihrer Kindheit oder von anderen Ihnen zugeschriebene typischen Verhaltensweisen?

Wie war Ihr Gesundheitszustand während der Kinder- und Jugendzeit?

Gab es Operationen oder längerer Krankenhausaufenthalte? (Aufzählung mit Altersangabe)

Anders begründete zeitweilige Trennungen vom Elternhaus?

Hatten Sie irgendwelche Unfälle? In welchem Alter jeweils?

Was waren Ihre bevorzugten Spiele und Interessen während der Kindheit?

Wie war Ihr Kontakt zu Mitschülern?

Beziehungen zu Gleichaltrigen während Kindheit und Jugend
(Außenseiter, Führer, Spitznamen)

Welche Rolle nahmen Sie in der Familie ein? (Beschreibung evtl. mit Beispiel)

Haben Eltern, Freunde oder Verwandte Ihre Entscheidungen zu Beruf/Partnerschaft wesentlich beeinflusst? Worin bestand der Einfluss?

Wie verlief die Ablösung vom Elternhaus? (Beschreibung, evtl. Beispiele)

Wie lange haben Sie zuhause gewohnt?

Welche waren und sind für Sie die bedeutenden Menschen in Ihrem Leben?

Erinnern Sie sich an weitere wichtige, furchterregende oder quälende Erfahrungen, die Sie in diesem Bogen bisher noch nicht erwähnt haben, von denen Sie glauben, sie könnten für die Therapie wichtig sein? (ggf. Rückseite oder extra Blatt verwenden)

PERSÖNLICHKEIT

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

Beschreiben Sie kurz Ihren normalen Tagesablauf:

Mit wem leben Sie zusammen? (Es sollten möglichst alle Personen aufgeführt werden)

Welche Hobbies und Freizeitaktivitäten spielen bei Ihnen eine Rolle?

Im Alltag:

In den Ferien:

Hatten Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig? Wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Substanzen ein? Wenn ja, welche und wie viele?

Haben Sie irgendwann in Ihrem Leben schon mal an Selbstmord gedacht? Wenn ja, wie weit haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? Warum hatten Sie diesen Gedanken?

Haben Sie in letzter Zeit häufiger gedacht, es sei besser, Sie wären tot? Wenn ja, aus welchem Grund?

Mit wem verbringen Sie vorwiegend Ihre Freizeit? (Bitte ankreuzen)

eher viel eher weniger

- Allein
- mit Ihrem Partner
- mit Verwandten
- mit eigenen Freunden und Bekannten
- mit gemeinsamen Freunden

Wie gut kommen Sie mit anderen Menschen in Kontakt?

Haben Sie eine/n Partner/in? Vorname und Alter?

Wie lange kennen Sie Ihre/n jetzige/n Partner/in?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze zwischen Ihnen (1), und wo liegen Ihre Gemeinsamkeiten (2)?

1)

2)

Weiß Ihr/e Partner/in über Ihre Schwierigkeiten Bescheid?
Wenn ja wie steht er/sie dazu?

Haben Sie Kinder? Bitte zählen Sie sie in zeitlicher Reihenfolge mit Vorname, Alter und Geschlecht auf. Bitte führen sie auch Fehlgeburten auf.

Welche Kinder entstammen aus einer früheren Ehe/Partnerschaft?

Machen Sie bitte Angaben über frühere Ehen und Partnerschaften, die für Sie wichtig waren; woran sind diese ggf. gescheitert?

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Partnerschaft?

Haben Sie heute noch weitere Menschen, die Sie unterstützen?

BERUFLICHES

Art Ihrer gegenwärtigen Tätigkeiten?

Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie? Wie weit ist Ihr Arbeitsplatz entfernt?

Stellung/Position?

Befriedigt Sie Ihre Arbeit, die Sie zurzeit ausüben? Wenn nicht, warum sind sie unzufrieden? Wenn ja, was macht Sie zufrieden?

Beziehungen zu Kollegen?

Beziehungen zu Vorgesetzten?

Welche Einstellungen hat Ihr Partner zu Ihrem Beruf?

Eventuelle frühere Berufe oder Ausbildungen (auch Studienfächer) mit Angabe des Alters und Zeitraumes

Welche Ziele haben Sie bezüglich Ihrer beruflichen Entwicklung? (Stellen-/Berufswechsel?)

Wie viel Geld steht Ihnen monatlich zur Verfügung?

Was kostet Ihr Lebensunterhalt?

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen? Warum gerade diese?

KÖRPER

Wie schlafen Sie im Allgemeinen? (durch, unruhig, ausreichend...)

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen? Sonstige Schlafprobleme?

Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Körperlichkeit, zur Sexualität (1)?

Wurden Sie aufgeklärt (2)?

Wurde über sexuelle Themen gesprochen und in welcher Form (3)?

(1)

(2)

(3)

Wann und durch wen haben Sie erstmals von sexuellen Dingen gehört?

Wann wurden Ihnen Ihre eigenen sexuellen Gefühle das erste Mal bewusst?

Wann hatten Sie erste sexuelle Kontakte mit anderen?

Können Sie ihre Sexualität genießen? (Bitte unterstreichen)

überwiegend ja

überwiegend nein

Gab oder gibt es für Sie unangenehme sexuelle Erlebnisse? Wenn ja welche?

Was ist Ihnen an Ihren ersten sexuellen Erfahrungen heute noch wichtig?

War Körperlichkeit und Sexualität (auch Selbstbefriedigung) für Sie jemals mit Angst oder Schuldgefühlen verbunden?

Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Essmengen zu kontrollieren?

Nehmen Sie Abführmittel zur Gewichtskontrolle oder bringen Sie sich selbst zum Erbrechen?

Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben Sie extrem viel Sport?

Für Frauen:

Ihr Alter bei Ihrer ersten Periode?

Waren Sie darauf vorbereitet und informiert? Oder hat es Sie erschreckt?

Für Frauen: Ist ihr Zyklus regelmäßig?

Beeinflusst die Periode Ihre Befindlichkeit?

Ist Verhütung oder Furcht vor Schwangerschaft ein Problem für Sie oder früher gewesen?

SELBSTBESCHREIBUNG

Schildern Sie mithilfe der Fragen das Bild, das Sie von sich haben. Verlassen Sie sich auf Ihr eigenes Wissen und Ihre Erfahrung, fragen Sie nicht nach.

Wie glauben Sie, werden Sie von anderen gesehen? Nennen Sie mindestens drei charakterliche Eigenschaften (evtl. auf Extrablatt fortsetzen).

1. Von ihrem Partner/Ihrer Partnerin

2. Von Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin

3. Von Ihrem schlimmsten Feind bzw. jemanden, der Sie nicht leiden kann

4.a. Was schätzen Sie an sich selbst?

4.b. Was mögen Sie an sich nicht?

Wem können Sie heute vertrauen?

Wer vertraut Ihnen?

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze

Ich bin ein Mensch, der

.....

Während meines ganzen Lebens

.....

Ich bin stolz

.....

Es fällt mir schwer zuzugeben

.....

Ich kann nicht verzeihen

.....

Ich fühle mich schuldig, weil

.....

Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Ansehen machen würde,

.....

Eine der Arten, wie andere mir wehtun, ist,

.....

Ich schäme mich

.....

Mutter war immer

.....

Was ich von meinem Vater gern gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist

.....

Wenn ich keine Angst hätte, „ich selbst“ zu sein,

.....

Ich ärgere mich

.....

Was ich von meinem/r PartnerIn brauche, aber nicht bekomme, ist

.....

Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist

.....

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

.....

Einer der Vorteile daran, mein Problem zu haben, ist

.....

Ich erinnere mich gern

.....

Unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft

bin wertlos, ein Niemand, dumm, inkompetent, naiv, mache nichts richtig, bin schuldig, böse, liege moralisch falsch, habe schreckliche Gedanken, bin feindlich, voller Hass, ängstlich getrieben, selbstunsicher, aggressiv, hässlich, unattraktiv, abstoßend, deprimiert, einsam, voller Scham, ungeliebt, unverstanden, langweilig, ohne Hoffnung, ruhelos, verwirrt, im inneren Konflikt, gelangweilt, voller Ablehnung, wertvoll, sympathisch, attraktiv, intelligent, optimistisch, vernünftig, voller Zuversicht
Anderes:

Schreiben Sie Ihre drei größten Ängste auf

- 1.
- 2.
- 3.

ZIELE UND WÜNSCHE

Bitte schätzen Sie ein, wie schwerwiegend Ihr Problem für Sie ist:

leicht störend mittelschwer sehr schwer unerträglich

Wie groß ist ihr Wunsch nach therapeutischer Behandlung? (Ihre Antwort beeinflusst nicht den Beginn der Behandlung (zutreffendes unterstreichen)).

sehr dringend, dringend mäßig, wenn nötig ginge es auch ohne Behandlung

Was wollen Sie für sich durch unsere Zusammenarbeit erreichen? (Bitte im Einzelnen aufführen und positiv formuliert, nicht, was Sie nicht möchten)

Wenn sich Ihre Probleme zu Ihrer Zufriedenheit gebessert oder gelöst haben, wo sind Sie dann? Wie sind Sie dann? Wie sind Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen dann? Ihre Arbeit? Ihre Freizeit?

Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der/ die Therapeut/in haben?

Was kann Ihrer Meinung nach die Therapie für Sie leisten?

Wie muss eine zwischenmenschliche Begegnung oder Situation sein, damit Sie sich wohl fühlen?

Damit Sie sich unbehaglich fühlen?

Gibt es weitere persönliche Ziele im Leben, die sie in nächster Zeit anstreben wollen?

Was haben Sie schon alles getan, um Ihr Ziel zu erreichen und/oder das Problem zu lösen?
Und mit welchem Erfolg?

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, möglichst frühzeitig, zumindest aber 1 Tag vor dem Termin abgesagt werden müssen. Nicht abgesagte versäumte Termine können berechnet werden, sofern der Termin nicht durch einen anderen Klienten belegt werden kann.

Ich wurde vollständig und umfassend informiert und aufgeklärt über Vertragsbedingungen, Verschwiegenheitsregeln, Bezahlungsmodalitäten, mögliche Risiken und Konsequenzen eines therapeutischen Prozesses.

Ich erkläre mich mit den Bedingungen dieses Bogens als Grundlage eines Behandlungsvertrages einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift