

# ANKER

## Anamnesebogen für Psychotherapiepatienten mit körperlichen Erkrankungen

Datum \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Therapiesitzung. Indem Sie ihn vollständig und sorgfältig ausfüllen, können wir unsere Therapiezeit gezielt für die für Sie bedeutsamen Themenbereiche nutzen. Selbstverständlich wird alles was Sie schreiben absolut vertraulich behandelt.

Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Wenn Sie bei bestimmten Fragen unsicher sind, können wir darauf im Gespräch zurückkommen. Sie haben immer die Möglichkeit zusätzlich zu den vorgegebenen Punkten die Antwort schriftlich weiter auszuführen. Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit Ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

### **Allgemeine Angaben zur Person**

Name/ Vorname

Anschrift

Telefon

email

Geburtsdatum

## **Beschreibung Ihrer Beschwerden und Erkrankungen**

1. Unterstreichen Sie bitte, welche der folgenden Beschreibungen *aktuell* auf Sie zutreffen:

depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv - immer fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos - kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - Angst das Haus zu verlassen - manchmal nehme ich meine Umgebung als leblos wahr - Angst zu reisen - sehr schnell ablenkbar - ich habe das Gefühl „neben mir zu stehen“ - die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst - mein Körper ist mir fremd - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst sich zu blamieren - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich - emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle ohne Grund - Selbstmordversuche - dauerhaft Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - müde - kraftlos - ich fühle mich wertlos - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor - ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern - ständig nervös - ich habe Schuldgefühle - mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme - ich kann mich oft nicht entscheiden - Angst zu sterben

Herzrasen - Schmerzen in der Brust - Schlaflosigkeit - Schmerzen im Rücken/ in den Schultern/ im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Schwindel - Magenbeschwerden - erhöhte Muskelspannung - meine Haut juckt/brennt/fühlt sich taub an - Gewichtsverlust - Oberbauchbeschwerden - Engegefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweißausbrüche - Taubheitsgefühle - Kribbeln - Übelkeit - Benommenheit

*Sonstiges:*

2. Sind Sie aktuell in sonstiger Behandlung (ärztlich, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, homöopathisch,...)?

Wenn ja, bei wem? (Bitte geben Sie Namen und Adresse an)

3. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

4. Fühlen Sie sich durch die Medikamenteneinnahme eingeschränkt?

5. Skizzieren Sie bitte kurz, wann und unter welchen **Umständen** Ihre **körperlichen Krankheiten** (linke Spalte) und Ihre **psychischen Belastungen** (rechte Spalte) zum ersten Mal aufgetreten sind, wie sie sich *bis heute entwickelt* haben und welchen *Behandlungen* Sie sich *wann* unterzogen haben.

| Jahr & Monat               | Körperliche Krankheiten | Behandlungen/<br>Klinikaufenthalte | Jahr & Monat       | Emotionale Beschwerden/<br>psychische Belastungen und<br>Störungen | Behandlungen/<br>Klinikaufenthalte |
|----------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------|--|------------------------------------|
| <b>Beispiel</b><br>06/2007 | Schlaganfall            | Operation<br>Rehabilitation        | 02/2008<br>04/2008 | Gedrückte Stimmung<br>Diagnose Depression                          | Behandlung bei Psychiater          |

6. Wissen Sie, ob in Ihrer Familie psychische Störungen aufgetreten sind?  
Und wenn ja, welche?

7. Bitte kreuzen Sie auf der Linie an: Wie sehr fühlen Sie sich in folgenden Lebensbereichen durch Ihre Erkrankung eingeschränkt?

|                                   |                        |                              |  |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------------|--|
| Arbeit/ Ausbildung                | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Haushalt/<br>Alltagserledigungen  | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Familienleben/<br>Partnerschaft   | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Kontakt zu Freunden               | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Freizeit                          | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Körperliche<br>Leistungsfähigkeit | keine Beeinträchtigung | sehr starke Beeinträchtigung | betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |

8. Wie gehen Sie mit Ihrer Krankheit um?

9. Wie schöpfen Sie Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht?

## Ursprungsfamilie

10. Bei wem sind Sie aufgewachsen?

11. Wann sind Ihre Eltern geboren? Mutter: Vater:

13. Wie ist der Gesundheitszustand Ihrer Mutter?

14. Wie ist der Gesundheitszustand Ihres Vaters?

15. Was sind/ waren Ihre Eltern von Beruf? Mutter: Vater:

16. Bitte beschreiben Sie kurz den Erziehungsstil Ihrer Eltern (Regeln, Belohnungen, Bestrafungen, Freiheiten)

17. Wie erinnern Sie Ihre Kindheit? als sehr glücklich als sehr unglücklich

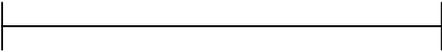


18. Wie viele Geschwister haben Sie? (Anzahl der Schwestern & Brüder)

19. Wie alt sind Ihre Geschwister?

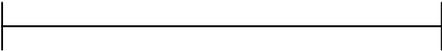
20. Wie war früher die Beziehung zu Ihren Geschwistern?

sehr gut sehr schlecht



21. Wie ist heute die Beziehung zu Ihren Geschwistern?

sehr gut sehr schlecht



22. Wann sind Sie von zuhause ausgezogen?

23. Haben Sie Ihre Familie in Ihrer Kindheit als unterstützend empfunden?

ja       nein, weil:

24. Welche besonderen Lebensereignisse haben Sie in Ihrer Kindheit erlebt? (Scheidung der Eltern, schwerwiegende Krankheiten, Krankenhaus-/Kuraufenthalte,...)

25. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Problemen und Ihrer Kindheit?       nein       ja, und zwar:

## Schule und Beruf

26. Bitte skizzieren Sie kurz Ihren schulischen und beruflichen Werdegang (Schulabschluss, Ausbildung, Beruf,...). Wahlweise können Sie gerne Ihren aktuellen Lebenslauf beifügen.

| Alter | Schulabschluss/ Ausbildung/ Beruf |
|-------|-----------------------------------|
|       |                                   |

27. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Problemen und Ihrer Schulzeit?  nein  ja, und zwar:

28. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Problemen und Ihrem Beruf?  nein  ja, und zwar:

## Partnerschaft und Familie

29. Hatten Sie bereits feste Partnerschaften?  nein  ja

30. Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:

verheiratet seit:       ledig       geschieden seit:       verwitwet seit:       mit Partner(in) zusammen lebend seit:

31. Haben Sie Kinder?  nein  ja: Anzahl:

Alter:

Geschlecht:

32. Empfinden Sie Ihre Beziehung als unterstützend?   
 sehr unterstützend gar nicht unterstützend   
 |-----|   
 betrifft mich nicht

33. Denken Sie manchmal daran sich zu trennen?   
 sehr oft nie   
 |-----|   
 betrifft mich nicht

34. Wie empfinden Sie Ihre Sexualität?   
 sehr befriedigend sehr unbefriedigend   
 |-----|   
 betrifft mich nicht

## Freunde und Bekannte

35. Wieviele Bekannte/ Freunde haben Sie?

36. Wie häufig ist der Kontakt zu Ihren Bekannten/ Freunden?

37. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung Ihrer Bekannten/Freunde?   
 sehr zufrieden sehr unzufrieden   
 |-----|

## Weitere Fragen

38. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation? sehr zufrieden sehr unzufrieden
39. Kommen Sie mit Ihrem Geld aus? sehr gut sehr schlecht
40. Welche Rolle spielt Religion/Spiritualität in Ihrem Leben? eine sehr große Rolle gar keine Rolle
41. Welche Eigenschaften soll Ihre Therapeutin/ Ihr Therapeut haben?
42. Sind Sie krankgeschrieben?  ja  nein  
seit:
43. Sind Sie arbeitsunfähig?  ja  nein  
seit:
44. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?  ja  nein
45. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  ja  nein  
Grad:
46. Hier haben Sie die Möglichkeit für die Therapie wichtige Themen anzuführen:
47. Bitte geben Sie abschließend noch Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse an.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**