

Name

Vorname

geb.

Sehr geehrte*r Patient*in,

dieser Anamnesebogen dient als Grundlage für das Aufnahmegespräch mit Ihrer Bezugstherapeut*in sowie für die Erstellung des Entlassbriefes. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst genau zu beantworten. Sind Ihnen Fragen unklar, sind Sie sich unsicher bei der Beantwortung, oder möchten Sie einzelne Fragen nicht beantworten, so lassen Sie die Fragen offen.

Vielen Dank!

Name: _____ Alter (in Jahren): _____

Religionszugehörigkeit: _____

- Familienstand:
- ☐ ledig
 - ☐ verheiratet
 - ☐ zum 2. Mal oder öfters verheiratet
 - ☐ getrennt lebend
 - ☐ geschieden
 - ☐ unverheiratet mit Partner lebend
 - ☐ verwitwet
 - ☐ _____

Staatsangehörigkeit: _____

1. Wer hat Ihnen die Behandlung vorgeschlagen?

2. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)

☐ nein ☐ ja falls ja, seit: _____ wegen: _____

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

☐ nein ☐ ja falls ja, insgesamt _____ (0 – 52 Wochen) wegen: _____

4. Sind Sie in den letzten 3 Jahren arbeitslos gewesen?

☐ nein ☐ ja wie viele Monate: _____

Besteht derzeit ein Arbeitsverhältnis?

- ☐ ja
- ☐ nein, ich bin selbständig
- ☐ nein, das letzte Arbeitsverhältnis endete am _____

Wie kam es zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses:

- ☐ ich habe selbst gekündigt wegen _____
- ☐ der Arbeitgeber hat selbst gekündigt wegen _____
- ☐ Aufhebungsvertrag wegen _____
- ☐ Ende befristeten Arbeitsverhältnis ☐ Sonstiges _____

4. Problembereiche

Wir werden Ihnen einige Beispiele nennen und möchten Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:

- Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt? ☐ ja ☐ nein
- Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmenge, Fahrstühle oder geschlossene Räume? ☐ ja ☐ nein
- Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche? ☐ ja ☐ nein
- Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie häufig unter unangemessenen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen? ☐ ja ☐ nein
- Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus dem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen? ☐ ja ☐ nein

Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie...

- sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten? ☐ ja ☐ nein
- sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten? ☐ ja ☐ nein
- mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten? ☐ ja ☐ nein

Wir möchten Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen:

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten? ☐ ja ☐ nein

-
- Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben? ☐ ja ☐ nein
 - Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme? ☐ ja ☐ nein
 - Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten? ☐ ja ☐ nein
 - Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden? ☐ ja ☐ nein

Nun haben wir einige Fragen zu Ihrem Essverhalten und anderen Verhaltensweisen:

- Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in kurzer Zeit gegessen bzw. die Kontrolle beim Essen verloren? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie in der letzten Zeit Alkohol, Medikamente oder andere Substanzen eingenommen um Ihre Stimmung zu beeinflussen? ☐ ja ☐ nein
- Gibt es Handlungen oder Aktivitäten, die Sie zu häufig durchführen oder wofür Sie mehr Zeit investieren als Sie eigentlich sollten (Beispiele sind: Fernsehen, PC-Gebrauch/Internetnutzung in der Freizeit über 20 Std/Woche, Kaufen, Glücksspiel etc.)? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie z.B.:

- Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war? ☐ ja ☐ nein
- Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten? ☐ ja ☐ nein
- Hatten Menschen Schwierigkeiten Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte? ☐ ja ☐ nein

Wir stellen Ihnen nun einige Fragen zu Problemen im Kontakt mit anderen Menschen:

- Ich habe im Moment stärkere private Konflikte ☐ ja ☐ nein
- Ich leide im Moment unter stärkeren beruflichen Konflikten oder Mobbing ☐ ja ☐ nein
- Ich habe Probleme meine Wünsche und Vorstellungen im Konflikt mit anderen durchzusetzen ☐ ja ☐ nein
- Ich habe Probleme auf fremde Menschen zuzugehen oder Menschen kennen zu lernen ☐ ja ☐ nein

Dachten Sie schon einmal an Selbstmord?

☐ ja ☐ nein

wann? _____

wie oft? _____

Erklären Sie bitte die näheren Umstände/Lebensereignisse:

Haben Sie bisher Selbstmordversuche unternommen? Welche Lebensereignisse gingen dem Selbstmordversuch voraus?

☐ ja ☐ nein

wann? _____

wie oft? _____

Schildern Sie bitte die näheren Umstände bzw. vorausgehende Lebensereignisse:

5. Beschreiben Sie stichwortartig die Entwicklung der wichtigsten Beschwerden, derentwegen Sie in unsere Klinik kommen, vom ersten Auftreten bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

Monat / Jahr	Abfolge der Symptome	Welche Lebensumstände in dieser Zeit

6. Welche Behandlungen wurden wegen Ihrer Beschwerden durchgeführt?

Art und Ort der Behandlung	Zeitraum von bis
Psychosomatische/psychiatrische stationäre Behandlung in ...:	
Psychosomatische/psychiatrische tagesklinische Behandlung in ...:	
Abgeschlossene ambulante Psychotherapie(n) (Anzahl der Termine):	
Aktuelle ambulante Psychotherapie (Anzahl der Termine):	
Behandlung bei ambulanten Psychiater*innen:	
Psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen:	
Rehabilitationsmaßnahmen aus anderen Fachbereichen:	

FAMILIE

7. Angaben zur Familie:

Bitte machen Sie hier Angaben zu Eltern/Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern, Geschwistern/Stiefgeschwistern

	Geburtsjahr	Beruf	Falls verstorben: wann, Todesursache
Vater/ Stiefvater			
Mutter/ Stiefmutter			
Geschwister			

8. Sind Ihres Wissens nach in Ihrer Verwandtschaft die nachfolgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden aufgetreten:

Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Verfolgungsängste, Heimaufenthalte, Selbstmord oder -versuch, andere Verhaltensauffälligkeiten

Vater/ Stiefvater: _____

Mutter/ Stiefmutter: _____

Geschwister (welche)? _____

Andere Verwandte (welche)? _____

KINDHEIT UND JUGEND

9. Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen und wie lange?

- ☐ bei leiblichen Eltern ☐ bei Adoptiv- oder Pflegeeltern
☐ bei der Mutter allein ☐ bei Verwandten
☐ bei dem Vater allein ☐ bei Bekannten ☐ im Heim, welchem? _____

10. Falls Trennung/Scheidung der Eltern, Ihr Alter damals: _____

11. Was ist Ihnen über die Schwangerschaft Ihrer Mutter (als Sie mit Ihnen schwanger war), den Geburtsverlauf und Ihre eigene frühkindliche Entwicklung bekannt?

Schwangerschaft:

Geburt: _____

Frühkindliche Entwicklung:

12. Kreuzen Sie bitte an, welche Schwierigkeiten in Ihrer Kindheit für Sie zutrafen:

- ☐ Alpträume ☐ Bettnässen ☐ Daumenlutschen ☐ Ängste: welche?
☐ Nägelbeißen ☐ Wutausbrüche ☐ Stammeln oder Stottern
☐ andere: _____

Wie lange bestanden jeweils diese Probleme? _____

13. Sonstige Verhaltensprobleme in Ihrer Jugend (z. B. Schüchternheit, Erröten, Schulschwierigkeiten, Weglaufen...):

Wie lange bestanden diese Probleme? _____

14. Gab es insgesamt in Ihrer Kindheit und Jugend Ereignisse oder Lebensumstände, die Sie als besonders belastend empfunden haben?

15. Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Eltern/Stiefeltern bezeichnend sind:

Mutter/Stiefmutter	Vater/Stiefvater

16. Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dort, wo Sie aufgewachsen sind:

17. Gab es häufig Streit?

☐ nein

☐ ja, aus welchen Anlässen?

Bedeutende Lebensereignisse

18. Gibt es für Sie belastende sexuelle Erlebnisse (z.B. auch sexueller Mißbrauch), Ängste oder Phantasien?

Wenn ja, sollte dieses Thema in der Einzeltherapie besprochen werden?

19. Nennen Sie die drei schlimmsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1.

2.

3.

20. Nennen Sie die drei schönsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1.

2.

3.

21. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Erkrankung?

PARTNERSCHAFT

22. Haben Sie zurzeit einen Partner? Alter: _____ Beruf: _____

23. Wie lange sind Sie bereits mit Ihrem Partner zusammen? _____

Falls verheiratet, wann war die Eheschließung?

24. Geben Sie bitte an, ob, wann und wie lange früher Partnerschaften/Ehen bestanden. Aus welchen Gründen kam es zur Trennung?

25. Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?

Falls Sie **momentan allein** sind, beantworten Sie bitte die Fragen **für Ihre letzte Partnerschaft!**

- ☐ sehr glücklich
- ☐ glücklich
- ☐ eher glücklich
- ☐ eher unglücklich
- ☐ unglücklich
- ☐ sehr unglücklich

26. Bitte führen Sie Ihre Kinder in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Geburt mit Namen und Alter auf:

Name	Alter

27. Welches der Kinder ist aus einer früheren Ehe oder Verbindung?

28. Gab es in der letzten Zeit einschneidende Veränderungen im familiären Bereich, besondere Schwierigkeiten mit Ihren Kindern oder steht die Familie unter sonstigen starken Belastungen?

29. Wie ist Ihre Wohnsituation (z.B. eigener Haushalt, bei Eltern ..., Größe des Haushaltes)?

30. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

SOZIALER BEREICH

31.:

Hobbys, Interessen und Freizeitaktivitäten	Ungünstige/gesundheitsschädliche Verhaltensweisen

32. Erhalten Sie in schwierigen Lebenssituationen genügend Unterstützung durch Ihre Verwandten und Ihren Freundeskreis?

Wenn ja, von wem? _____

33. Sind Sie mit Ihrer finanziellen Absicherung zufrieden?

Haben Sie finanzielle Verpflichtungen (Haus, etc.)?

34. Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor?

☐ nein

☐ Antrag gestellt, Entscheidung liegt noch nicht vor

☐ ja, und zwar ein Grad der Behinderung (GdB) von _____

☐ ja, und zwar eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von _____

Grund hierfür:

35. Beziehen Sie derzeit eine der folgenden Leistungen?

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ Krankengeld

☐ Arbeitslosengeld I

☐ Arbeitslosengeld II

☐ Grundsicherung

36. Beziehen Sie eine Rente?

☐ nein

☐ ja

wenn ja, welche Art:

☐ Dauerrentner wegen Berufsunfähigkeit

☐ Dauerrentner wegen Erwerbsunfähigkeit

☐ Zeitrentner

☐ Altersruhegeldempfänger

☐ Hinterbliebenenrentner

37. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

☐ nein

☐ ja

wenn ja, wann:

Grund:

Wie wurde darüber entschieden?

38. Läuft ein Antrag auf berufliche Reha?

☐ nein

☐ ja

wenn ja, wann:

39. Gibt es laufende Sozialgerichtsverfahren?

☐ nein

☐ ja

wenn ja, Grund:

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

40. Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

BERUFLICHE ENTWICKLUNG

41. ☐ Lehre zum/zur

von: _____ bis: _____ ☐ abgebrochen ☐ abgeschlossen

☐ Studium-
zum/zur

von: _____ bis: _____ ☐ abgebrochen ☐ abgeschlossen

☐ weitere Berufsausbildungen:

☐ weitere abgeschlossene Qualifikationen:

☐ derzeitige Berufsbezeichnung:

42. Beruflicher Lebenslauf (bitte auch Arbeitslosigkeit und Kindererziehungszeiten angeben, gerne auch als Kopie):

von – bis	Tätigkeitsbezeichnung /Berufsbezeichnung

43. Jetzige Beschäftigung als:

bei Firma, Dienststelle:

bei Arbeitslosigkeit: letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit:

44. Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre berufliche Tätigkeit zutreffen:

(falls Sie derzeit **arbeitslos** sind, beziehen sich die Aussagen auf **Ihre letzte berufliche Tätigkeit**)

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend/hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten/Leitern	☐	☐	☐

Heben/Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden/Woche

- ☐ Ganztagsarbeit
☐ Teilzeitarbeit
☐ andere Arbeitszeitmodelle

- ☐ regelmäßige Früh-/ Spätschichten
☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht
☐ starrer maschinengebundener
 Arbeitstakt
☐ Einzelakkord
☐ Gruppenakkord
 Beschreibung:

Äußere Einflüsse

- ☐ Kälte, Zugluft, Nässe
☐ Hitze
☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung
☐ starker Lärm
☐ Lärmschutz muss getragen
 werden
☐ Erschütterungen/Vibrationen
☐ Gerüche, Gase, Dämpfe
 welche? _____

- ☐ hautreizende Stoffe
 welche? _____
☐ atemwegsreizende Stoffe
 welche? _____

- ☐ überwiegend im Freien
☐ überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungs-
 geschützt

Berufliches Kraftfahren

- ☐ Pkw
☐ Lkw
☐ Baumaschinen/sonstige
 Fahrzeuge
☐ Personenbeförderung
☐ Gefahrguttransport

Sonstiges

- ☐ Publikumsverkehr
☐ häufige Reisetätigkeit
☐ Auswärts-Montage
☐ Mitarbeiterführung
☐ erhöhte Unfallgefahr
☐ außerordentliche Konzen-
 tration erforderlich
☐ lange Anfahrtszeiten
 _____ Min.
☐ keine geregelten Pausen
☐ überwiegend Bildschirm-
 arbeit

- ☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z.B. Feinarbeit)

Mit welchen Verkehrsmitteln erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz: _____

45. Gibt es derzeit besondere Belastungen oder Probleme am Arbeitsplatz/mit Kollegen/Vorgesetzten?

46. Bei welchen beruflichen Aufgaben/Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

IM ALLTAG

47. Bei welchen alltäglichen Aufgaben und Aktivitäten bestehen aktuell Einschränkungen, z.B. Selbstversorgung, Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, Familie, soziale Kontakte?

ERWARTUNGEN und EIGENE ZIELE

48. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **abbauen**?

49. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **aufbauen**?

50. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

- ☐ in meinem Beruf weiter arbeiten kann
- ☐ in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann
- ☐ eine andere Arbeit suchen will
- ☐ eine andere Arbeit suchen will
- ☐ überhaupt nicht mehr arbeiten kann

- ☐ eine Rente beantragen werde
- ☐ arbeitslos sein werde
- ☐ krankgeschrieben werde
- ☐ ich weiß es noch nicht

Datum, Unterschrift

Jetzt haben Sie es geschafft! 50 Fragen Auseinandersetzung mit Ihrem Leben ist sicherlich mit einer großen Anstrengung verbunden.

Vielen Dank für Ihre aktive Mitarbeit.