

## Psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut

**Postanschrift:**

Postfach 12 60  
97662 Bad Kissingen

**Hausanschrift:**

Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen

Telefon 0971 84-2029

Fax 0971 84-3094

hisham.zoabi@heiligenfeld.de

patricia.kleinhenz@heiligenfeld.de

www.heiligenfeld.de

### ANAMNESEFRAGEBOGEN für ambulante Patient/Innen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einer ambulanten Psychotherapie in den Kliniken Heiligenfeld.

Um Ihnen bestmögliche Hilfe bei Ihren Problemen anbieten zu können, und um abzuwägen, ob eine ambulante Therapie ausreichend für Sie ist, ist es notwendig, einige grundlegende Informationen über Sie zu erhalten.

Dazu gehören u. a. Ihre Probleme und Beschwerden, Ihre aktuelle Lebenssituation, bereits durchgeführte Vorbehandlungen, selbstverletzendes Verhalten, Süchte, aber auch biographische Daten und Informationen über Ihre Familie (Schwangerschaften, Verlauf der Geburt, Kindheit, schulische und berufliche Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft) sowie Ihre Träume sowie Ihre Stärken und Interessen.

Wir bitten Sie daher, den vorliegenden Fragebogen wahrheitsgetreu, möglichst ausführlich und vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und zu Ihrem Erstgespräch in der Institutsambulanzmitzubringen. Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, verwenden Sie bitte einfach ein zusätzliches Blatt. Rückseiten der Blätter bitte nicht beschriften.

—  
**GESCHÄFTSFÜHRUNG**

Stephan Greb  
Michael Lang  
Birgit Winzek

—  
**SITZ DER GESELLSCHAFT**

Bad Kissingen  
Registergericht  
Schweinfurt HRB 2271

—  
**GERICHTSSTAND**

Amtsgericht Bad Kissingen  
Landgericht Schweinfurt

—  
**PSYCHOTHERAPEUTISCHES AUSBILDUNGSGESAMTINSTITUT**

Ausbildungsinstitut für Psychologische  
Psychotherapeuten

Sollte es bereits Arztberichte aus früheren Behandlungen geben, möchten wir Sie bitten, diese zusammen mit dem Fragebogen abzugeben.

Selbstverständlich unterliegen wir der Schweigepflicht und werden den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen und die Vorbefunde nicht an Ihre Krankenkasse oder andere Unbefugte weiterleiten. Die Daten stehen ausschließlich Ihrem behandelnden TherapeutInnen der Klinik Heiligenfeld und der angeschlossenen Institutsambulanz zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Bemühungen und Ihre Unterstützung.

### **ANGABEN ZUR PERSON :**

**Vor- und Nachname:**

.....

**Geburtsdatum:**

.....

**Heutiges Datum:**

.....

### **AUNAHMEANLASS :**

**Bitte beschreiben Sie den aktuellen Auslöser für die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie:**

**Schildern Sie bitte Ihre derzeitigen Beschwerden (psychisch und körperliche) und Probleme, an denen Sie in der Therapie arbeiten wollen.**

---

---

**In welcher Form führen die von Ihnen geschilderten Beschwerden und Probleme zu Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben?**

---

---

**Wann traten diese Beschwerden und Probleme zum ersten Mal in Ihrem Leben auf?**

---

---

**Haben Sie eine Vermutung, worin die Ursache Ihrer Beschwerden und Probleme liegen könnte**

---

---

**Wie sind Sie bisher mit Ihren Beschwerden und Problemen umgegangen bzw. wie haben Sie diese bisher bewältigt?**

---

---

### **VORBEHANDLUNGEN :**

**Fanden schon ambulante psychiatrische Vorbehandlungen statt?**

ja       nein

Wenn ja:

- Erstbehandlung wann?
  
- Anzahl der Vorbehandler?
  
- Wo (Name, Ort) und wie lange (von - bis):
  
- Welche Behandlung haben Sie bisher erhalten? Was fanden Sie daran hilfreich, was weniger hilfreich oder gar problematisch?

**Waren Sie schon in ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlung?**

ja     nein

Wenn ja:

- Erstbehandlung wann?
  
- Wie viele Therapeuten insgesamt?
  
- Wo (Name der Therapeuten, Ort) und wie lange (von-bis; Gesamtstunden):
  
- Benennen Sie bitte die Art der Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie; theoretische Ausrichtung, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Behandlung oder alternative Therapieformen):
  
- Aus welchem Anlass waren Sie in Behandlung? Was fanden Sie hilfreich, was problematisch?

**Waren Sie schon in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorbehandlung?**

ja     nein

Wenn ja:

- Erstbehandlung wann?
  
- Wie viele Aufenthalte insgesamt?
  
- Wo (Name der Klinik, Ort) und wie lange (von-bis):
  
- Gesamtdauer in Wochen (geschätzt):
  
- Was war der jeweilige Aufnahmeanlass? Was fanden Sie hilfreich an der Behandlung, was problematisch?

➤ Mit welcher Medikation wurden Sie zuletzt entlassen?

- 
- 
- 
- 
- 

➤ Welche Medikamente wurden seitdem abgesetzt?

- 
- 
- 

### **SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN :**

**Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen Sie sich selbst verletzt haben?**

ja nein

Wenn ja:

- Wann/Zeitpunkt?
  
- Wie? in welcher Form?
  
- Können Sie den oder die Auslöser hierfür benennen?

**Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie im Moment suizidale Gedanken oder Vorstellungen?**

ja nein

Wenn ja:

- Wann?
  
- Wie sahen/sehen diese suizidalen Gedanken konkret aus?

**Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal so verzweifelt, dass Sie einen Suizidversuch gemacht haben?**

ja     nein

Wenn ja:

- Wann/Zeitpunkt?:
  
- Wie? in welcher Form?:
  
- Wie ging der Suizidversuch aus?/Wie wurden Sie gerettet?

### **ESSVERHALTEN:**

**Beschreiben Sie Ihr Essverhalten. Schildern Sie uns v. a. Erbrechen, Ess-/Brechanfälle, (etwaige Essanfälle), Abmagern, Gewichtszunahme, Diäten und ggf. die Einnahme von Abführmitteln und/oder Appetitzüglern.**

---

---

**Denken Sie, dass Ihr Essverhalten problematisch ist?**

ja     nein

Wenn ja

Warum denken Sie das?

---

---

### **SÜCHTE :**

#### **Alkohol:**

Seit wann trinken Sie Alkohol? Alkoholkonsum besteht seit?

---

Ihr Konsummuster (was, wann, wieviel, wie oft)?

---

<a href="#">Was?</a>	<a href="#">Wann?</a>	<a href="#">Wieviel?</a>	<a href="#">Wie oft?</a>

Wann war der letzte Konsum von Alkohol?

\_\_\_\_\_

Entzüge?      ja      nein

Krampfanfälle ?   ja      nein

Delirieren?      ja      nein

Knock-Outs?      ja      nein

**Glauben Sie, dass Sie alkoholabhängig sind oder waren?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Drogen:**

<a href="#">Substanz?</a>	<a href="#">Seit wann?</a>	<a href="#">Konsummuster?</a>	<a href="#">Konsum wann?</a>
Cannabis:			
Speed:			
LSD:			
Kokain:			
Opiate:			
Sonstige:			

**Glauben Sie, dass Sie drogenabhängig sind oder waren?**

---

---

**Medikamente:**

Wenn ja:

Welche? (auch Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel)

- 
- 
- 
- 

Seit wann?

---

Wie lange?

---

Wann war Ihr letzter Medikamentenkonsum?

---

**Glauben Sie, dass Sie medikamentenabhängig sind oder waren?**

---

---

**Nikotin:**

**Wenn Sie Raucher/in sind, was und wie viel rauchen Sie?**



Was?

.....

Wie viel? (Anzahl der Zigaretten bzw. Packungen/Tag?)

.....

**Wie denken Sie über Ihr Rauchverhalten, denken Sie, dass Ihr Rauchverhalten problematisch ist?**

ja  nein

Wenn ja:

Warum?

---

---

**Andere Süchte:**

Glücksspiele?

Wenn ja:

In welchem Zeitumfang (z. B. Stunden tgl.)?

---

---

Kaufsucht?

Wenn ja:

In welchem Umfang/Ausmaß?

---

---

Computersucht?

Wenn ja:

Wie viele Stunden täglich?

---

---

Internetsucht?

Wenn ja:

Wie viele Stunden täglich?

---

---

Fernsehsucht?

Wenn ja:

Wie viele Stunden täglich?

---

---

Handy-Sucht?

---

---

Sex-Sucht?

---

---

Sonstige Süchte?

---

---

**AKTUELLE LEBENSITUATION**

**Schildern Sie uns bitte Ihre aktuelle Lebenssituation (Wohnsituation, Finanzen, Freunde und sonstige soziale Kontakte, Interessen/Hobbys, Ressourcen etc.):**

**Familie**

**Mit welchen Personen sind Sie aufgewachsen?**

---

---

**Beschreiben Sie bitte Ihre Eltern und andere wichtige Bezugspersonen sowie Ihre Beziehung zu diesen:**

**Mutter:**

Alter?	Alter der Mutter bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihr heute (Beschreibung)?

**Vater:**

Alter?	Alter des Vaters bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihm früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihm heute (Beschreibung)?

**Geschwister (auch Halb- oder Stiefgeschwister):**

Alter?	Geschlecht?	Beruf?	Beziehung zu ihm/ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihm/ihr heute (Beschreibung)?

**Großmutter mütterlicherseits:**

Alter?	Alter der Oma bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihr heute (Beschreibung)?

**Großvater mütterlicherseits:**

Alter?	Alter des Opas bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihr heute (Beschreibung)?

**Großmutter väterlicherseits:**

Alter?	Alter der Oma bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihr heute (Beschreibung)?

**Großvater väterlicherseits:**

Alter?	Alter des Opas bei Ihrer Geburt?	Beruf?	Beziehung zu ihr früher (Beschreibung)?	Beziehung zu ihr heute (Beschreibung)?

**Sonstige Bezugspersonen (z. B. Tanten/Onkel, Cousins/Cousinen; Nachbarn, Freunde), die Ihnen wichtig sind oder waren?**

---

---

**Wie haben Sie die Beziehung zwischen Ihren Eltern wahrgenommen?**

---

---

**Wie haben Sie die Gesamtatmosphäre zu Hause empfunden?**

---

---

**Beschreiben Sie uns bitte die Rollenverteilung innerhalb der Familie (gab es ein Familienoberhaupt? Mitläufer?, Sündenbock? etc.)?**

---

---

**Gab es Flucht- oder Kriegserfahrungen/-traumatisierungen bei den Eltern oder Großeltern?**

ja  nein

Wenn ja:

Wurde darüber gesprochen oder wurden diese Erfahrungen verschwiegen? Was wissen Sie davon:

---

---

**Bitte schildern Sie positive als auch negative Ereignisse aus Ihrer Kindheit, die einen bleibenden Eindruck bei Ihnen hinterlassen haben:**

---

---

**Welche Werte wurden Ihnen vermittelt?**

Früher:

---

---

**Welche Werte sind Ihnen heute wichtig?**

Heute:

---

---

**Inwieweit spielte Religion/Spiritualität eine Rolle in Ihrer Erziehung? Welchen Stellenwert nimmt diese heute in Ihrem Leben ein?**

Früher:

---

---

**Welchen Stellenwert nimmt diese heute in Ihrem Leben ein?**

Heute:

---

---

**Können Sie beschreiben, wie die Beziehung Ihrer Ursprungsfamilie zu Verwandten, Nachbarn und zur weiteren sozialen Umwelt war? Wie haben Sie diese wahrgenommen?**

---

---



## SCHWANGERSCHAFT/GEBURT/KINDHEIT:

**Welche Besonderheiten/Ereignisse sind Ihnen aus der Schwangerschaft mit Ihnen, Ihrer Geburt und Ihrer Kindheit bekannt?**

---

---

**Was sind Ihre frühesten Erinnerungen?**

---

---

**Können Sie sich an längere Krankenhausaufenthalte erinnern?**

---

---

**Gab es extreme Erfahrungen, die sich bis heute auswirken?**

---

---

**Körperliche Gewalt**

ja  nein

**Sexuelle Gewalt**

ja  nein

**Extreme Vernachlässigung**

ja  nein

**Abwertung und Demütigung**

ja  nein

**Wie haben Sie Ihre Zeit im Kindergarten erlebt, eher als positiv oder eher als negativ?**

---

---

---

**SCHULISCHE UND BERUFLICHE ENTWICKLUNG:**

**Bitte schildern Sie in Stichworten Ihren schulischen und beruflichen Werdegang.**

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Wie haben Sie die Kontakte mit Mitschüler/innen und Lehrer/innen empfunden, welche Erinnerungen haben sie daran?**

---

---

---

**Haben Sie Erfahrungen mit Gewalt-/Mobbing gemacht?**

---

---

---

**Wie waren Ihre schulischen Leistungen?**

---

---

---

**Sind Sie mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation zufrieden?**

---

---

---

**Wie ist Ihr Verhältnis zu Kolleg/innen und Vorgesetzten?**

---

---

---

**Gibt es Probleme in der Arbeit? Wenn ja, wie sehen diese aus, bitte schildern Sie uns diese?**

---

---

---

**Auf der Frage nach Ihrem Traumberuf, was würden sie antworten?**

---

---

---

## **SEXUALITÄT UND PARTNERSCHAFT :**

**Wie haben Sie Ihre Pubertät erlebt, wie und von wem wurden Sie aufgeklärt?**

**Leben Sie derzeit in einer Partnerschaft?**

ja  nein

Wenn ja:

**Beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin: (z .n. harmonisch, unterstützend, gleiche Interessen, oder z. B. viel Streitigkeiten, Eifersucht etc. geprägt)**

---

---

---

**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer momentanen Partnersituation?**

---

---

---

**Gibt es körperliche bzw. verbale Gewalt in Ihrer Partnerschaft?**

---

---

---

**Gab es andere wichtige Partnerschaften in Ihrem Leben?**

---

---

---

**Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Sexualität?**

---

---

---

**Haben Sie Kinder?**

ja  nein

**Wenn ja:**

Alter:

Geschlecht:

Alter:

Geschlecht:

Alter:

Geschlecht:

Verhältnis zu Ihren Kindern:

---

---

---

**TRÄUME :**

**Können Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt noch an Ihre Träume erinnern?**

---

---

---

**Schildern Sie uns bitte einen bedeutsamen Traum, an den Sie sich erinnern können.**

---

---

---

**Leiden Sie unter wiederkehrenden Träumen und/oder Alpträumen?**

---

---

---

**STÄRKEN :**

**Was würden Sie als Ihre Stärken bezeichnen? Welche Stärken haben Sie?**

---

---

---

**Welche Hobbys, Interessen und Ressourcen sind oder waren Ihnen wichtig?**

---

---

---

**SCHWÄCHEN:**

**Was würden Sie als Ihre Schwächen bezeichnen? Welche Schwächen können Sie benennen?**

---

---

---

**ANGESTREBTE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE:**

**Was sind Ihre Wünsche und Erwartungen an die ambulante Psychotherapie?**

---

---

---

**Worin könnten Gefährdungen der Therapie liegen?**

---

---

---

**Was könnte sich durch eine erfolgreiche Therapie in Ihrem Alltag ändern?**

---

---

---

**Sollten wir Fragen nicht aufgeführt haben, die Ihnen wichtig und von Bedeutung sind, haben Sie hier die Möglichkeit, diese noch auszuführen:**

---

---

---

---

---

---

**Für die Beantwortung Ihrer Fragen möchten wir uns herzlich bedanken.**