

Anamnesebogen/ Patientenfragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient, vor unserem Gespräch benötige ich einige Informationen von Ihnen, die mir eine Diagnosestellung erleichtern.

Nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit. Es ist wichtig, dass Sie diese vollständig, möglichst ausführlich, sorgfältig und wahrheitsgemäß beantworten. Die Beantwortung einiger Fragen mag Ihnen vielleicht unangenehm sein, einzelne Fragen auch unsinnig erscheinen, die Antworten können im Hinblick auf Ihre Beschwerden jedoch lösungsweisend sein. Auch kann ich ggf. schneller erkennen, worum es Ihnen geht und was Ihr ZIEL ist. So sparen wir Zeit – und Ihr Geld.

Falls Sie Rückfragen haben, melden Sie sich bitte bei mir!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Den Bogen reichen Sie mir bitte vor unserem nächsten Termin ein.

ICH UNTERLIEGE DER GESETZLICHEN SCHWEIGEPFLICHT. ALLE IHRE ANGABEN FALLEN DARUNTER UND WERDEN VON MIR STRENG VERTRAULICH BEHANDELT. OHNE IHR EINVERSTÄNDNIS ERFÄHRT NIEMAND VON UNSEREN GESPRÄCHEN ODER DEREN INHALTEN. ALLE UNTERLAGEN UND AUFEICHNUNGEN ÜBER UNSERE GESPRÄCHE WERDEN UNZUGÄNGLICH FÜR DRITTE SICHER AUFBEWAHRT.

Name/Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Alter: _____

Schulbildung: _____

Kinder Ja/Nein Wie viele: _____

Jetziger Beruf: _____

Erlerner Beruf: _____

Wie haben Sie von der Naturheilpraxis Schregel erfahren? _____

Gründe Ihrer Konsultation _____

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Seit wann haben Sie diese?

Warum kommen Sie gerade jetzt zu mir?

Haben Sie eine Vermutung, was die eigentliche/n Ursache/n für Ihre Beschwerden ist/sind?

Waren Sie wegen anderer Beschwerden bereits in ärztlicher, psychiatrischer, psychotherapeutischer oder homöopathischer Behandlung? Wenn ja, weshalb, bei wem (Name + Adresse), wann und wie lange?

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente?

Name: _____ Dosierung: _____
verschreibungspflichtig: ja / nein

Name: _____ Dosierung: _____
verschreibungspflichtig: ja / nein

Name: _____ Dosierung: _____
verschreibungspflichtig: ja / nein

Sonstiges (z.B. Johanniskraut, Pille, Vitamine etc.) _____

Was haben Sie seit Beginn der Beschwerden unternommen, um diese zu lindern oder loszuwerden?
(Ggf. separates Blatt verwenden!)

Unterstreichen Sie bitte, welche der nachfolgenden Beschreibungen *aktuell* auf Sie zutreffen:

Depressive Verstimmungen – Rededrang – Angst in Menschenmengen – überaktiv – immer fröhlich – oft den Tränen nah – sorglos – keine Interesse / keine Freude an Aktivitäten, die mir früher Spaß gemacht haben – 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“ – ich schlafe viel und bin trotzdem immer erschöpft oder müde – die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst – mein Körper ist mir fremd – unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen – Angst, mich zu blamieren – manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich – ich fühle nichts (keine Freude, kein Wut, keine Trauer) – ich bin unruhig – ich bin müde, kann aber nicht einschlafen / durchschlafen / wache früh auf – ich habe schon daran gedacht, mich umzubringen – ich habe plötzliche Angstanfälle ohne Grund – ich habe bereits versucht, mich umzubringen – ich habe ständig vor irgendwas Angst – mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss – müde – kraftlos – antriebslos – obwohl ich lange geschlafen habe, komme ich morgens kaum aus dem Bett – ich fühle mich wertlos – meine Gefühle kommen mir oft fremd vor – ich reagiere aggressiv auf Kleinigkeiten – ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern – ich bin ständig nervös – ich habe Schuldgefühle – mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss – Konzentrationsprobleme – ich habe keinen Appetit – ich kann mich oft nicht entscheiden – ich habe Angst, zu sterben – manchmal erkenne ich mich selbst nicht mehr – ich habe Angst, durch Gegenstände verletzt zu werden – ich habe Angst, jemandem weh zu tun – ich bin schnell eifersüchtig – ich bin schneller

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

Sonstige: _____

Gibt es Krankheiten, Unfälle oder Operationen in Ihrer Vorgeschichte?

Welche Erwartung haben Sie an die Therapie? Was soll danach anders sein – und wie?

Was soll sich nach der Therapie auf keinen Fall ändern?

Wissen Sie, ob in Ihrer Familie psychische Störungen aufgetreten sind?

Wenn ja, bei wem? Welche?

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

	Keine Beeinträchtigung	sehr starke Beeinträchtigung	betrifft mich nicht
Arbeit / Ausbildung	● ————— ●		☐
Haushalt / Alltagserledigungen	● ————— ●		☐
Familienleben/ Partnerschaft	● ————— ●		☐
Kontakt zu Freunden	● ————— ●		☐
Freizeit	● ————— ●		☐
Körperliche Leistungsfähigkeit	● ————— ●		☐
Sexualität	● ————— ●		☐

Wie gehen Sie mit Ihrer Krankheit um?

Was tun Sie, wenn es Ihnen schlecht geht?

Was tun Sie für sich, um Kraft zu schöpfen / zu entspannen?

Haben Sie Erfahrungen mit Entspannungsverfahren?

☐ Nein ☐ Ja, mit _____

☐ Wende ich an ☐ Wende ich nicht an, weil _____

Lebenssituation

Wie leben Sie (Mietwohnung/ETW/Wohngemeinschaft/Haus)? Mit wem?

Haben Sie Haustiere? _____

Sind Sie finanziell unabhängig? Haben Sie finanzielle Probleme?

Hatten Sie frühere Beziehungen / Ehen? Woran sind diese gescheitert?

Haben Sie Kinder (eigene, adoptierte, Pflege-)? Wie alt sind diese? Wo leben sie?

Gibt es hier Probleme oder gab es welche?

Hatten Sie Fehlgeburten? Totgeburten?

Arbeiten Sie aktuell? Wo? Wie lange? Festanstellung oder befristet?

Vorherige Tätigkeiten und Arbeitgeber?

Haben Sie die Berufswahl selbst getroffen? Warum gerade diese?

Erleben Sie Ihre Arbeit als befriedigend?

Ja ☐ Nein ☐ Warum nicht? _____

Würden Sie sich gern beruflich verändern? Wenn ja, warum haben Sie es (bisher) nicht getan?

Wenn Sie ohne jedes Risiko Ihr Leben verändern könnten, was würden Sie anders machen?
Und warum?

Welche Hobbies / Interessen haben Sie?

Wie sind Sie vernetzt (Freunde, Bekannte, Vereine, Kontaktpflege, soziale Netzwerke etc.)?

Herkunft

Bei wem sind Sie aufgewachsen? Wo? Wie?

Wann sind Ihre Eltern geboren? Mutter: _____ Vater: _____

Beschreiben Sie den Charakter Ihrer Eltern:

Mutter: _____

Vater: _____

Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Beschreiben Sie diese (Rollenverhalten etc.):

Wie ist der Gesundheitszustand Ihrer Mutter? _____

Wie ist der Gesundheitszustand Ihres Vaters? _____

Was sind / waren Ihre Eltern von Beruf?

Mutter: _____ Vater: _____

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

Wie erinnern Sie sich an Ihre Kindheit?

als sehr glücklich



als sehr unglücklich

☐ ganz anders: _____ ☐ kaum ☐ gar nicht

Wie viele Geschwister haben Sie? (Vorname oder Bruder/Schwester + Alter)

Wie war die Beziehung zu Ihren Geschwistern in Ihrer Kindheit?

sehr schlecht ●—————● sehr gut

unterschiedlich: _____

Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern **heute**?

sehr schlecht ●—————● sehr gut

unterschiedlich: _____

Wann sind Sie zuhause ausgezogen? In welchem Alter? Warum?

Gibt es sonstige wichtige (Bezugs-)Personen aus Ihrer Kindheit, die Sie gern nennen möchten?

Sexuelle Entwicklung

Wurden Sie aufgeklärt? Wann, wie und von wem?

Stellenwert der Sexualität? sehr wichtig ●—————● absolut uninteressant

Wie verlief Ihre Pubertät (Besonderheiten)?

Wann hatten Sie Ihren ersten Geschlechtsverkehr? _____

Wie haben Sie diesen empfunden? _____

Wie viele Sexualpartner hatten Sie? _____

Welche sexuellen Praktiken bevorzugten Sie? _____

Besonderheiten: _____

Für Frauen:

Wann / in welchem Alter war Ihre erste Regelblutung? _____

Hatten Sie Schwangerschaften? _____

Sonstiges

Haben Sie heute gefrühstückt? Was? _____

Wie ernähren Sie sich? _____

Wie ist Ihre Verdauung? Wann war Ihr letzter Stuhlgang? _____

Was trinken Sie? Wie oft? Wie viel? _____

Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel? _____

Wenn nein, haben Sie damit aufgehört? Wann? _____

Wann haben Sie zuletzt Alkohol getrunken? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? Was? _____

Nehmen Sie Drogen? Aufputschmittel? Beruhigungsmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Schlaffördernde Mittel?
Leistungssteigernde Mittel – Was? Wie oft? _____

Wie schlafen Sie? Wie lange? _____

Was tun Sie, wenn Sie nachts wach werden? _____

Was ist das Schlimmste, das Sie je in Ihrem Leben getan haben? _____

Haben Sie schon einmal gestohlen? ☐ Nein ☐ Ja

Wurden Sie schon einmal gemobbt? Haben Sie schon mal gemobbt? ☐ Nein ☐ Ja

Wovor haben Sie am meisten Angst? _____

Hatten Sie längere Auslandsaufenthalte? Wenn ja, wo? ☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie schon bei einer Prüfung durchgefallen? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Prüfungsangst? Wenn ja, wie gehen Sie damit um? ☐ Nein ☐ Ja _____

Was macht Ihnen besonderen Spaß? _____

Welche Stärken haben Sie? _____

Wie würden Ihre Freunde Sie beschreiben? _____

Nennen Sie wichtige Ereignisse in Ihrer Biographie und sortieren Sie diese nach Bedeutung für Sie:

Was macht Sie so richtig wütend?

Was machen Sie, wenn Sie wütend werden/sind?

Wie gehen Sie mit Verlust, Kränkung oder Erfolg um?

Was macht Sie so richtig glücklich?

Wie wichtig ist Ihnen...

Besitz	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●
Ehrgeiz	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●
Ordnung	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●
Zeit	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●
Pünktlichkeit	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●
Religion/Glaube	sehr wichtig ●	absolut unwichtig ●

Was war Ihre größte Niederlage? _____

Was war der bisher schönste Moment in Ihrem Leben? _____

Worüber können Sie sich so richtig freuen? _____

Was bringt Sie zum Lachen? _____

Zählen Sie auf, was Sie in Ihrem Leben bisher bereits erreicht / geschafft haben -
kleine und große Dinge: _____

Köln, den _____

Unterschrift _____