



# Praxisformular Selbstauskunft zur Anamnese

Datum:

Pat-Code:

(Füllt Ihre Therapeutin aus)

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig beantworten, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern so gleich zu Beginn die therapeutische Zusammenarbeit.

Die die folgenden Fragen sehr persönlicher Natur sind, auch an dieser Stelle noch einmal der Hinweis: Alle Therapieunterlagen werden absolut vertraulich behandelt! Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „möchte ich nicht beantworten“.

## Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Muttersprache/n: \_\_\_\_\_

### **Beziehungsstatus und Familienstand (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> alleinstehend | <input type="checkbox"/> in (fester) Beziehung | <input type="checkbox"/> in zeitweiligen Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> ledig         | <input type="checkbox"/> verheiratet           | <input type="checkbox"/> geschieden                  |
| <input type="checkbox"/> verwitwet     | <input type="checkbox"/> Sonstiges:            |  |

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Beziehungsstatus?

---

### **Wohnsituation und -zufriedenheit (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> alleinlebend          | <input type="checkbox"/> mit Eltern/Elternteil  | <input type="checkbox"/> mit Kind/Kindern       |
| <input type="checkbox"/> mit Partner/Partnerin | <input type="checkbox"/> mit Freunden/Bekanntem | <input type="checkbox"/> mit sonstigen Personen |

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation?

---

### **Berufsbildung und -zufriedenheit (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss  | <input type="checkbox"/> (Fach-)Abitur        | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss  |
| <input type="checkbox"/> anderer Abschluss   |   |  |

Welchen Beruf bzw. welche Berufe haben Sie erlernt?

---

---

---

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ausbildung bzw. Berufswahl?

---

(Früher) ausgeübte Tätigkeit/en (chronologisch):

---

---

---

(Aktuell) ausgeübte Tätigkeit/en:

---

---

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation?

---

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen finanziellen Situation?

---

### **Selbstbeschreibung**

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich selbst sehen:

glücklich – unausgeglichen – misstrauisch – sympathisch – dumm – naiv – verschlossen  
– attraktiv – pessimistisch – einsam – tatkräftig – verletzbar – träge ängstlich – nachdenklich –  
reizbar – optimistisch – selbstsicher – verschlossen – intelligent – ausgeglichen – energielos –  
gesprächig – kritisch – unglücklich – energisch – unattraktiv – teilnahmslos – aggressiv – gesellig  
– genau – labil – eifersüchtig – nachlässig – oberflächlich – ruhelos – anhänglich – wachsam –  
beständig – unkonzentriert – schutzbedürftig – uninteressant – unbefangen – ausdauernd –  
hilflos – eifrig – offen – lebendig – verträumt – tüchtig – freigebig – verkrampft – fröhlich –  
selbstunsicher – neugierig – schwierig – unterwürfig

Ergänzungen:

---

Markieren Sie auf der Linie durch ein Kreuz, wo Sie sich zwischen den folgenden Alternativen einordnen:



Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys/Interessen?

---

---

Zählen Sie Situationen auf, in denen Sie sich entspannt und wohl fühlen:

---

---

Welche Stärken haben Sie?

---

---

Stellen Sie sich vor, eine andere Person sollte Sie beschreiben. Was glauben Sie, würden folgende Menschen über Sie sagen?

Ihr Vater: \_\_\_\_\_

---

Ihre Mutter: \_\_\_\_\_

---

Ihr/e Partner:in: \_\_\_\_\_

---

Ihr/ beste/r Freund:in: \_\_\_\_\_

---

Jemand, der Sie nicht leiden kann: \_\_\_\_\_

---

## Ursprungsfamilie

Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen?

- Ja  
 Nein - Von wem wurden Sie in welchem Zeitraum erzogen?

---

---

**Mutter (bzw. jeweilige Erziehungsperson)**

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Ursache?

---

Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter:

---

Wie würden Sie ihre Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?

Früher:

---

Heute:

---

**Vater (bzw. jeweilige Erziehungsperson)**

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Ursache?

---

Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters:

---

Wie würden Sie seine Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?

Früher:

---

Heute:

---

Falls Ihre Eltern getrennt leben bzw. geschieden sind, wie alt waren Sie jeweils?

---

### **Geschwister**

Haben Sie Geschwister?

Nein

Ja – Bitte angeben:

Anzahl der Brüder: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwestern: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern beschreiben?

Früher:

---

Heute:

---

### **Atmosphäre**

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dem Haus, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen miteinander / mit den Kindern aus?

---

---

Konnten Sie Ihren Eltern/Erziehungspersonen vertrauen?

Ja

Nein

Fühlten Sie sich von Ihren Eltern/Erziehungspersonen grundsätzlich geliebt/akzeptiert?

Ja

Nein

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern bestraft worden?

---

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern belohnt worden?

---

Welches Verhältnis haben Sie heute zu Ihrer Familie?

---

---

Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Störung (auch Suchtprobleme) oder an einer schweren Krankheit leiden?

Nein

Ja, bitte benennen Sie diese:

---

---

Gibt es Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

---

---

---

---

### **Entwicklungsgeschichte bis heute**

Ihre (aktuelle) Körpergröße: \_\_\_\_\_, Ihr (aktuelles) Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Gesundheitszustand während Kindheit und Jugend (Krankheiten, Operationen, Unfälle):

---

---

---

Gab es Erfahrungen in Ihrer Kindheit, die Sie bis heute belasten?

Ja

Nein

Kreuzen Sie bitte an, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alpträume                 | <input type="checkbox"/> Bettnässen            | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln        |
| <input type="checkbox"/> Daumen lutschen           | <input type="checkbox"/> Nägel kauen           | <input type="checkbox"/> Stottern             |
| <input type="checkbox"/> Ängste                    | <input type="checkbox"/> Depressionen          | <input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> glückliche Kindheit       | <input type="checkbox"/> unglückliche Kindheit |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Auffälligkeiten: | _____  |   |

### **Schulzeit**

Alter bei Schulbeginn: \_\_\_\_\_ Jahre

Alter bei Verlassen der Schule: \_\_\_\_\_ Jahre

Stärken und Schwächen in der Schule:

Stärken:

---

Schwächen:

---

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern/Mitschülerinnen?

---

---

Gab es Erfahrungen in Ihrer Jugend, die Sie bis heute belasten?

- Ja
- Nein

### **Freundschaften und Beziehungen**

Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen?

- Nein
- Ja – Können Sie benennen, warum?

---

Halten Ihre Freundschaften lange?

- Ja
- Nein

Welche Menschen bedeuten Ihnen (derzeit) am meisten in Ihrem Leben?

---

---

---

---

---

## **Ehe, Partnerschaft und Sexualität**

### **Falls Sie derzeit in einer Ehe oder Partnerschaft leben:**

Alter Ihres Partners/Ihrer Partnerin: \_\_\_\_\_ Jahre

Seine/ihre Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Wie lange sind Sie als Paar zusammen? \_\_\_\_\_

Gibt es Schwierigkeiten oder Probleme in der Partnerschaft?

Nein

Ja – Bitte beschreiben Sie kurz:

---

---

### **Falls Sie derzeit nicht in einer Partnerschaft leben:**

Wie erleben Sie diese Situation?

---

---

---

### **Sexualität**

Sind sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Ja

Nein – warum nicht?

---

---

Wie fühlen Sie sich als Mann/Frau?

---

---

Gab es Erfahrungen, die Sie bis heute belasten?

Ja

Nein



## **Kinder**

Haben Sie Kinder?

Ja – bitte angeben:

Vorname?	Geschlecht?	Alter?	Noch im Haushalt lebend?

Wie würden Sie die Beziehung zu ihnen Kindern beschreiben? Gibt es Probleme?

---

---

Nein – Hätten Sie gerne Kinder (gehabt)?

Ja

Nein

Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Fehlgeburten?

Ja

Nein

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft abgebrochen?

Ja

Nein

## **Angaben zur (aktuellen) Problematik**

Bitte beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und Entwicklung Ihrer Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute)

---

---

---

---

---

---

---

Wie häufig treten diese Probleme auf?

Innerhalb der letzten 3 Monate:

- gar nicht     einmalig     Täglich     Wöchentlich     Monatlich  
 Sonstiges:

---

Zuvor (in der Vergangenheit):

- gar nicht     einmalig     Täglich     Wöchentlich     Monatlich  
 Sonstiges:

---

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

---

---

---

---

---

Gibt es Zeiten/Situationen, in denen Ihre Probleme nicht oder nur selten auftreten?

---

---

---

---

---

Bitte schätzen Sie durch ein Kreuz auf der folgenden Skala ein, für wie schwer Sie Ihre Probleme halten:



Was haben Sie bereits unternommen, um Ihre Probleme zu bewältigen?

---

---

---

---

Wen haben Sie bisher um Rat gefragt wegen Ihrer aktuellen Probleme/ Beschwerden?

---

---

---

Gab es Vorbehandlungen?

- Nein
- Ja - Wann? Wie lange? Wo?

---

---

---

---

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente?

- Nein
- Ja - Welche? Dosierung? Behandlungserfolg?

---

---

---

Gibt es körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen?

Nein

Ja - bitte benennen Sie diese:

---

---

---

**Zur Therapie bzw. zur Beratung**

Wie ist es für Sie, mit einer Therapie bzw. mit psychologischen Gesprächen anzufangen?

---

---

Was erhoffen Sie sich von der Therapie bzw. von psychologischen Gesprächen?

---

---

Was würden Sie gerne an Ihrem momentanen *Verhalten* ändern?

---

---

---

Welche *Gefühle* würden Sie gerne verändern?

---

---

---

Wie würden Sie eine wünschenswerte Beziehung zu einem Therapeuten/einer Therapeutin beschreiben?

---

---

---

Was kann Ihrer Meinung nach Therapie bzw. psychologische Gespräche für Sie leisten und wie lange sollte(n) sie dauern?

---

---

Welchen Sinn oder Nutzen könnte Ihr Problem/könnten Ihre Schwierigkeiten haben?

---

---

Für wen in Ihrem Umfeld hat Ihr Problem vielleicht sogar Vorteile?

---

---

Welche Ihrer Stärken, Eigenschaften, Fähigkeiten, Interessen und Erfahrungen könnten Ihnen in der Therapie nützlich sein?

---

---

Was glauben Sie selbst: Was ist die Ursache Ihres Problems/Ihrer Schwierigkeiten?

---

---

Was sollte in der Therapie auf keinen Fall passieren?

---

---

Bitte schreiben Sie jetzt noch alles auf, was dem Therapeuten/der Therapeutin zum Verständnis Ihrer Probleme weiterhelfen könnte, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt ist:

---

---

---

---