

Heilpraxis für Psychotherapie und Hypnose

Sabine Ramona Herrmann-Ikram
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Moltkestraße 1
45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 93 91 309
info@hypnose-re.de
www.hypnose-re.de

Anamnesebogen für Klienten mit körperlichen Erkrankungen

Liebe Klientin, lieber Klient,

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	Mobil
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 aus-

föhren muss - müde - kraftlos - ich fühle mich wertlos - meine Geföhle 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. Föhlen Sie sich durch die Medikamenteneinnahme eingeschränkt? nein, ja, und zwar

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/ Klinikaufenthalte	Jahr & Monat	Emotionale Beschwerden/ psychische Belastungen und Störungen	Behandlungen/ Klinikaufenthalte
Beispiel 01.06.2007	Schlaganfall	Operation Rehabilitation	02/2018 04/2018	Gedrückte Stimmung Diagnose Depression	Behandlung bei Psychiater

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

nein, ja, und zwar

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

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

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, weil

28. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihren Problemen und Ihrem Beruf?

nein ja, weil

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. Wie viele 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:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Geduld!

Ihre Sabine Herrmann-Ikram