

ANAMNESEBOGEN

Vertrauliche Unterlage

Nur für den Therapeuten

Bitte rechtzeitig vor dem ersten Termin ausgefüllt zurückschicken an:
anamnese@hypnosepraxis-kramer.de



Datum:

Informationen zur eigenen Person:

Name: **Geburtsdatum:**

Vorname: verheiratet ledig geschieden

Adresse

Tel.

erlernter Beruf war das die gewünschte Ausbildung? ja nein

jetziger **Beruf** war das die gewünschte Ausbildung? ja nein

Sind Sie mit Ihrem jetzigen Beruf zufrieden? ja nein

Arbeitsstelle

Kinder (Vornamen, Geb.jahr)

.....

Angaben zur Herkunftsfamilie (Vornamen, Geb.jahr, Todesjahr)

Mutter

Vater

Stief- bzw. Adoptiveltern

andere wichtige Bezugspersonen

Geschwister/Halbgeschwister (Vornamen, Geb.jahr, Todesjahr)

.....

.....

Ist von den Eltern, Großeltern, Tanten oder Onkeln jemand im **Krieg gefallen** oder fand einen **gewaltsamen Tod**?

Beruflicher Werdegang

.....

.....

Was bedeutet Ihnen Ihr Beruf?

.....

Welche **körperlichen Beschwerden** haben Sie?

akut

von früher.....

Sind Sie deshalb in Behandlung?..... ja nein

Behandlungsform(en)

bei wem?.....

Haben Sie schon einmal eine **Psychotherapie** gemacht? ja nein

wenn ja, weswegen

von bis..... bei

Art der Therapie.....

von bis..... bei

Art der Therapie.....

Waren Sie je in einer **psychiatrischen Klinik** oder Sucht-Klinik? ja nein

wenn ja, weswegen

Leiden Sie unter **Ess-Störungen** (z.B.: Anorexie, Bulimie)?

Haben Sie **psychosomatische Krankheiten** (z.B. Magengeschwür, Neurodermitis usw.)?

.....
.....

Leiden Sie unter **Schlafstörungen** ja nein

Einschlafstörungen ja nein **Durchschlafstörungen** ja nein

zu frühem Erwachen ja nein

Fühlen Sie sich **morgens schlechter** als mittags oder abends? ja nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie?

.....

.....

Wie ist Ihr **Umgang mit Suchtmitteln** und Ihre Einstellung dazu

früher.....

.....

heute

.....

Sind **psychische Probleme in Ihrer Familie** bekannt? (Verwandtschaftsgrad und Art d. Erkrankung)

.....

.....

.....

Was ist der **Anlass** der Sie in die Praxis führt? Ihr **aktuelles Anliegen**:

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Haben Sie **Ängste**, wenn ja, wovor?.....

.....

Worin sehen Sie die **Ursachen** Ihrer momentanen Schwierigkeiten?

.....

Gibt es aus Ihrer Sicht **jemanden, der** dafür **verantwortlich** ist?

.....

Was können Sie aufgrund der Schwierigkeiten **nicht mehr** in Ihrem Leben?

.....

Wodurch bzw. in **welchen Situationen** erleben Sie Ihre Schwierigkeiten besonders deutlich?

.....

.....

Sind Sie momentan in einer **Beziehung/Partnerschaft** ja nein

Wenn ja, **beschreiben Sie** Ihre aktuelle **Beziehung/Partnerschaft**

.....

.....

Wissen Ihre nächsten **Bezugspersonen von** Ihrer geplanten **therapeutischen Arbeit**?

ja nein

Sonstige momentan **wichtige Beziehungen**

.....

Frühere Beziehungen, Anzahl und Dauer.....

.....

sind diese **abgeschlossen**?.....

Welche frühere(n) **Beziehung(en)** ist/sind jetzt noch **wichtig**? Warum?

.....
.....

Gibt es **wiederkehrende Themen** in **Beziehungen**?

.....

Wie wurde in Ihrer **Familie** mit **Aggressionen und Konflikten** umgegangen?.....

.....
.....

Gab es **Abtreibungen**? Wenn ja, wie viele?.....

Gab es **Besonderheiten** während Ihrer **eigenen Schwangerschaft**, bei der **Geburt** oder im **ersten Lebensjahr**?

Wenn ja, welche ?

Beschreiben Sie Ihre **Kindheit** (Bei wem wuchsen sie in den ersten Jahren auf, wie war die Atmosphäre, was haben Sie geliebt, was vermisst?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie war Ihre **Schulzeit**?

.....

Wie **war** Ihre **Beziehung zu Ihren Eltern**?

.....
.....

Wie ist Ihre **Beziehung zu Ihren Eltern heute**?

.....

.....

Beschreiben Sie die **Wesensart** Ihrer **Mutter**

.....

Beschreiben Sie die **Wesensart** Ihres **Vaters**

.....

Wer war die **dominierende Person** in Ihrer Familie? Wie/Warum?

.....

Wie wurden Sie in Ihrer Kindheit **gelobt**?.....

.....

Wie **getadelt**?

.....

Welche **Aufmerksamkeit, Zuwendungen** bekamen Sie in Ihrer Kindheit? Von wem?

.....

.....

Wie war die **Beziehung** Ihrer **Eltern zueinander**?.....

.....

Falls Sie **eigene Kinder** haben, beschreiben Sie Ihre **Beziehung, Gefühle zu Ihnen**

.....

.....

.....

Schildern Sie **kurz** Ihren typischen **Tagesablauf**.....

.....

.....

.....

Schildern Sie **kurz** ein typisches **Wochenende**.....

.....

.....

.....

Welche Vorlieben (**Hobbys**) haben Sie?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte Ihr **soziales Umfeld** (Freunde, Beziehungen, Kontakte)?

.....

.....

Wie sehen Sie Ihr **Sexualleben**?

.....

.....

Wie ist Ihre **finanzielle Situation**? Wie bestreiten Sie ihr Leben?

.....

.....

Wie ist die momentane **Wohnsituation**?.....

.....

.....

Wie häufig haben Sie Ihre **Wohnungen gewechselt**?

Was sind Ihre **Stärken**,

.....

.....

.....

.....

.....

Was sind Ihre **Schwächen**

.....

.....

.....

.....
.....

Wie **selbständig oder abhängig** erleben Sie sich?.....

.....

Welche **wichtigen Ereignisse** gab es in Ihrem Leben?

.....

.....

Was **bedauern** Sie in Ihrem Leben am meisten?

.....

.....

Ist **jemand aus Ihrer Familie während Ihrer Kindheit** oder Jugend **verstorben**?

.....

Wie alt war derjenige und **wie alt** waren Sie?.....

.....

Wovon träumen Sie? Was ist Ihre **größte Sehnsucht**, Wunsch?.....

.....

.....

Welche Einstellung haben Sie zu **Religion** und **Spiritualität**.....

.....

.....

Wie sollen sich am Ende der therapeutischen Arbeit Ihre Lebensumstände **verändert** haben?

.....

.....

Hatten Sie schon **Gedanken an einen Selbstmord** ja nein

Wann zuletzt?.....

Haben Sie schon einmal einen **Selbstmordversuch** durchgeführt? ja nein

Wenn ja, **wann**?

Was waren die **Gründe** hierfür?

.....

Wie **finanzieren** Sie die Therapie? Privat private Krankenkasse

Was erscheint Ihnen **noch wichtig** zu sagen?

.....

.....

.....

.....

.....

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

.....

.....

Datum: Unterschrift: