

Anamnesebogen Psychotherapie

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Biografische Daten und Vorgeschichte

Datum: _____

Name und Pronomen: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse (Straße, Nr., PLZ, Ort): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Derzeitiger Beruf: _____

Erlerner Beruf: _____

Schulbildung: _____

Familienstand: Id. ☐, verh. ☐, gesch. ☐, verw. ☐, in Trennung ☐ seit _____

Religiöse / spirituelle Prägung (freiwillige Angabe): _____

Geschwister (Vorname, Geschlecht, Alter): _____

Kinder (Vorname, Geschlecht, Alter): _____

Aktuelle Beschwerden (Weshalb sind Sie gekommen?):

In welchen Lebensbereichen treten die Beschwerden auf? Bitte bewerten Sie die jeweilige Belastung auf einer Skala von 0–10 (0 = keine Belastung, 10 = extrem belastend / überwältigend) und beschreiben Sie die Probleme stichwortartig.

Eltern: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Geschwister: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Weitere Verwandte: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Ehepartner / Partner / Liebesbeziehungen: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Kinder: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Berufskolleg:innen / Vorgesetzte: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Arbeit / berufliche Entwicklung: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Soziales Umfeld (Freunde / Nachbarn): 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Beziehung zu sich selbst: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Was belastet Sie aktuell am meisten? _____

Aktuelle Lebenssituation (mit wem leben sie zusammen?): _____

Hobbies / Interessen: _____

Waren Sie zuvor bereits in Psychotherapie? Wenn ja: von wann bis wann und welcher Ansatz
(z. B. tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, Gestalttherapie, humanistisch,
systemisch, körperorientiert, Hypnose ...): _____

Wie erfolgreich war die Therapie aus Ihrer Sicht? Was haben Sie vermisst? Was hat Ihnen
damals am meisten geholfen?

Waren Sie bereits in psychiatrischer Behandlung? Wenn ja: wann, wie lange und wo (stationär oder ambulant) sowie aus welchen Gründen (z. B. Diagnosen, Krisen, Symptome)?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja: welche und seit wann? (ggf. auch Bedarfsmedikation)

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

Gab es in Ihrem Leben traumatische oder sehr belastende Ereignisse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie müde oder haben Sie wenig Energie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie weniger Freude oder Interessen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zweifeln Sie an sich selbst und haben Sie Angst zu versagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich langsamer als früher oder vermehrt nervös / angespannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit öfter gedacht, dass Sie nicht mehr leben möchten oder sich etwas antun könnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Körperorientierte psychodynamische Psychotherapie / HP-Psych.

Gab es früher Phasen, wo Sie hoffnungslos oder deprimiert waren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gab es Phasen, in denen Sie sehr umtriebig oder aufgedreht waren, über längere Zeit gehobene Stimmung hatten, Ihnen alles leicht von der Hand ging und Sie kaum Schlaf brauchten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie starke Stimmungsschwankungen, die sich innerhalb von Stunden oder Tagen deutlich verändern können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erleben Sie intensive Gefühle (z. B. Wut, Angst, Traurigkeit), die sich schwer kontrollierbar anfühlen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kommt es vor, dass Sie Wutausbrüche haben, die Sie später bereuen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handeln Sie in belastenden Situationen manchmal impulsiv (z. B. Streit, Rückzug, riskantes Verhalten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Angst, verlassen zu werden oder allein zu sein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich häufig innerlich angespannt, wachsam oder „auf Alarm“, auch ohne klaren äußeren Anlass?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Machen Sie sich viele Sorgen, die schwer zu stoppen sind, selbst wenn objektiv kein akuter Grund besteht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Sorgen von anderen als übertrieben wahrgenommen werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erleben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle mit körperlichen Symptomen (z. B. Herzklopfen, Zittern, Atemnot, Schwindel)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen oder Orten (z. B. Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln, engen Räumen, Alleinsein)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Angst, körperlich schwer krank zu sein, obwohl ärztlich kein entsprechender Befund vorliegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit Alkohol oder anderen Substanzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihnen schon einmal jemand geraten, mit dem Konsum aufzuhören?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie morgens oder während der Arbeit konsumiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie wegen Konsum Schule oder Arbeit versäumt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil Sie konsumiert haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Auto gefahren, nachdem Sie konsumiert hatten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie öfter große Mengen an Lebensmitteln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Essmengen zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nutzen Sie Abführmittel oder Erbrechen zur Gewichtskontrolle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fasten Sie häufig, haben Gewichtsschwankungen oder treiben viel Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie viele körperliche Beschwerden ohne medizinischen Befund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fällt es Ihnen schwer, soziale Situationen intuitiv zu verstehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie soziale Regeln eher bewusst analysieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich nach sozialen Kontakten oft erschöpft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie empfindlich gegenüber Sinnesreizen? (z. B. Geräusche, Licht, Gerüche, Berührungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Belasten Sie Unterbrechungen von Routinen stark?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie intensive Spezialinteressen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie aufdrängende Gedanken oder Impulse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versuchen Sie, diese durch Grübeln oder Rituale zu neutralisieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Körperorientierte psychodynamische Psychotherapie / HP-Psych.

Führen Sie wiederkehrende Handlungen aus, um Anspannung zu reduzieren? ☐ Ja ☐ Nein

Erleben Sie starke Anspannung, wenn Sie den Drang nicht ausführen? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen diese Gedanken oder Handlungen viel Zeit in Anspruch oder beeinträchtigen sie Ihren Alltag? ☐ Ja ☐ Nein

Verbringen Sie mehr Zeit mit Spielen (z. B. Online-Games, Handy- oder Computerspiele) oder mit pornografischen Inhalten (z. B. OnlyFans, Escort-Services, sexuelle Inhalte im Internet), als Sie ursprünglich vorhatten? ☐ Ja ☐ Nein

Fällt es Ihnen schwer, mit dem Spielen oder Pornografie aufzuhören? ☐ Ja ☐ Nein

Nutzen Sie Spielen oder Pornografie vor allem, um Stress, innere Leere, unangenehme Gefühle oder Konflikte zu vermeiden? ☐ Ja ☐ Nein

Vernachlässigen Sie durch das Spielen oder den Konsum von Pornografie Schlaf, soziale Kontakte, sexuellen Kontakt mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin, Arbeit oder andere Verpflichtungen? ☐ Ja ☐ Nein

Werden Sie unruhig, gereizt oder angespannt, wenn Sie nicht spielen oder keine pornografischen Inhalte konsumieren können? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie manchmal unter

☐ Ohrgeräuschen, ☐ Schwindel, ☐ Luftnot, ☐ Herzklopfen, ☐ Druckgefühl, Schmerzen in der Brust ☐, ☐ Beklemmungsgefühlen, ☐ Kloßgefühl im Hals, ☐ Schwitzen, ☐ Nervosität,

☐ Unruhe, ☐ Magenschmerzen, ☐ Rückenschmerzen, ☐ Menstruationsbeschwerden, ☐ Kopfschmerzen, ☐ Übelkeit?

Möchten Sie sonst noch etwas mitteilen?

Wichtige organisatorische Hinweise

Zahlungshinweis

Meine Praxis ist eine **Privatpraxis**. Die Behandlung erfolgt auf **Selbstzahlerbasis**. Eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich.

Wenn Sie privat versichert oder beihilfeberechtigt sind, klären Sie bitte vorab mit Ihrer Versicherung, ob und in welchem Umfang die Kosten für heilpraktische psychotherapeutische Leistungen (HP-Psych) erstattet werden. **Unabhängig von einer möglichen Erstattung bleibt der Honoraranspruch gegenüber mir bestehen.**

Ausfallhonorar

Bitte beachten Sie: Termine sind verbindlich vereinbart.

Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, wird ein Ausfallhonorar unabhängig vom Grund in Höhe von 70 € in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis

Ihre personenbezogenen Daten sowie Angaben zu Ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO) erhoben, verarbeitet und ausschließlich zum Zweck der heilpraktischen psychotherapeutischen Behandlung verwendet. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Verpflichtung oder Sie haben ausdrücklich eingewilligt. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen

Einwilligung / Behandlungsvereinbarung

Ich erkläre mich mit der heilpraktischen psychotherapeutischen Behandlung einverstanden und wurde darüber informiert, dass diese keine ärztliche oder kassenzugelassene Psychotherapie ersetzt.

Einwilligung in die Dokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der heilpraktischen psychotherapeutischen Behandlung personenbezogene Daten sowie behandlungsrelevante Inhalte dokumentiert werden. Die Dokumentation dient ausschließlich therapeutischen und rechtlichen Zwecken und unterliegt der Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Klienten

Notfallhinweis

Bei akuten psychischen Krisen, Suizidgedanken oder wenn Sie sich selbst oder andere gefährden könnten, wenden Sie sich bitte umgehend an:

- den **Notruf 112**
- den **ärztlichen Bereitschaftsdienst: 116 117**
- die **psychiatrische Notaufnahme** eines Münchner Klinikums (z. B. LMU, Klinikum rechts der Isar)

Hilfe ist jederzeit verfügbar – bitte zögern Sie nicht, diese in Anspruch zu nehmen.