



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

## ANAMNESEFRAGEBOGEN

Liebe/r Patient\*in,

vielen Dank für Ihre Anfrage nach einer Beratung bzw. Anbindung in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)!

Um die Möglichkeiten einer Behandlung zu überprüfen, aber auch, um Ihnen bestmögliche Hilfe bei Ihren Problemen anbieten zu können, ist es nötig, einige grundlegende Informationen über Sie zu erhalten. Dazu gehören der Anlass für Ihre Anfrage, Ihre Probleme und Beschwerden, Ihre aktuelle Lebenssituation, Vorbehandlungen, etwaige Süchte, aber auch Informationen über Ihre Familie, Geburt und Kindheit, schulische und berufliche Entwicklung sowie Ihre Stärken und Interessen.

Wir bitten Sie daher, den vorliegenden **Fragebogen** persönlich, wahrheitsgetreu, möglichst ausführlich und vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und zu Ihrem Beratungstermin in der Klinikambulanz mitzubringen. Sollten Sie zu wenig Platz zur Beantwortung der Fragen haben, verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt. Bitte nicht auf die Rückseiten der Blätter schreiben! Sollte es bereits **Arztberichte** aus früheren Behandlungen geben, bitten wir Sie, diese dem vorliegenden Fragebogen beizulegen.

Selbstverständlich unterliegen wir der Schweigepflicht und werden den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen und die Vorbefunde nicht an Ihre Krankenkasse oder andere Unbefugte weiterleiten. Die Daten stehen ausschließlich den Therapeut\*innen der Klinik Mengerschwaige bzw. der angeschlossenen Institutsambulanz zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

### **ANGABEN ZUR PERSON:**

Vor- und Nachname: ..... Geburtsdatum: .....

PLZ/Wohnort: ..... Straße: .....

Krankenkasse: ..... Zusatzversicherung: .....

Tel. Nr.: ..... Email-Adresse: .....

Heutiges Datum: .....



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

**ANFRAGEANLASS:**

**Bitte beschreiben Sie den aktuellen Auslöser für Ihre Anfrage. Welche Symptome und Beschwerden stehen derzeit im Vordergrund? Welche Behandlung streben Sie an?**

**Wann traten die o. g. Beschwerden und Probleme zum ersten Mal in Ihrem Leben auf?**

**Haben Sie Vermutungen über die Ursachen?**

**Wie haben Sie bisher versucht, mit diesen Beschwerden und Problemen umzugehen?**

**AKTUELLE MEDIKATION**

**Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? Wichtig sind hier v.a. Psychopharmaka.**

**Medikament:**

**Dosierung:**

**Regelmäßige Einnahme/seit:**



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

## **VORBEHANDLUNGEN:**

### **Medikamentöse Vorbehandlungen:**

Medikament:	Was war hilfreich?	Was nicht?	Warum?
-------------	--------------------	------------	--------

### **Ambulant *psychiatrisch*:**

Wann/seit wann/wie lange?	Wo/bei wem?	Welche Behandlung?
---------------------------	-------------	--------------------

Was war der Anlass?

Was war/ist hilfreich, was problematisch?

### **Ambulant *psychotherapeutisch*:**

Wann/wie lange?	Wo/bei wem?	Verfahren/therapeutische Ausrichtung?
-----------------	-------------	---------------------------------------

Was war der Anlass?

Was war/ist hilfreich, was problematisch?



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

**Stationär/teilstationär psychiatrisch-psychotherapeutisch:**

**Wann/wie lange?**

**Wo/welche Klinik?**

**Was war der Anlass?**

**Was war hilfreich, was problematisch?**

**Körperliche Erkrankungen und Operationen:**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

**Lungenerkrankungen:**

**Magen-Darm-Trakt:**

**Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes):**

**Sonstige:**



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

**AKTUELLE LEBENSITUATION:**

**Wohnsituation? Tagesstruktur/Ausbildung/berufliche Situation? Finanzielle Situation (incl. Schulden)? Soziale Kontakte (Familie, Freunde)? Beziehung/Partnerschaft? Kinder?**

**EIGENE UND FAMILIENGESCHICHTE:**

**Wo und wann sind Sie geboren? Gab es Besonderheiten in Schwangerschaft und Geburt?**

**Eltern, Geschwister, Großeltern: Alter bei Geburt, Berufe, Beziehung zu ihnen**

**Atmosphäre Ursprungsfamilie? Wer gehörte zum primären Umfeld?**



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

**Erste Lebensjahre bis zur Einschulung:**

**Schulischer und ggf. beruflicher Werdegang:**

**Partnerschaften/Kinder:**

**Transgenerationale Probleme und Konflikte:**

Sexualität und Träume?

**TRAUMATISIERUNGEN:**

**Gab es extreme Erfahrungen, die sich bis heute auswirken?**

**Körperliche Gewalt** ☐ ja ☐ nein

**Sexuelle Gewalt** ☐ ja ☐ nein

**Extreme Vernachlässigung** ☐ ja ☐ nein

**Abwertung und Demütigung** ☐ ja ☐ nein



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

## **RESSOURCEN:**

**Was interessiert Sie? Was machen Sie gerne? Wo sehen Sie Ihre Stärken?**

## **SUCHT:**

**Suchtmittel: \_\_\_\_\_ Seit wann? Wie häufig? Dosierung? Wann zuletzt?**

**Nikotin:**

**Alkohol:**

**Cannabis:**

**Speed:**

**Ecstasy:**

**LSD:**

**Kokain:**

**Opiate (z. B. Heroin):**

**Benzodiazepine:**

**Andere Medikamente:**

**Kaufsucht:**

**Computer/Handy/Internet:**

**Sonstige:**

## **ESSVERHALTEN:**

**Bitte schildern Sie Ihr Essverhalten, vor allem etwaige Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln und/oder Appetitzüglern.**

**Körpergröße:**

**Aktuelles Gewicht:**

**(BMI: )**



**SUIZIDALITÄT UND SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN:**

**Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen Sie sich selbst verletzt haben?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

*Wann:*

*Wie?*

*Wie häufig?*

*Wann zuletzt?*

Können Sie Auslöser benennen?

**Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie im Moment suizidale Gedanken oder Vorstellungen?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

*Wann:*

*Wie sahen/sehen diese konkret aus:*

**Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal so verzweifelt, dass Sie einen Suizidversuch gemacht haben?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

*Wann:*

*Wie:*

*Wie war der weitere Verlauf?*



Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie  
Psychotherapie | Psychoanalyse

**THERAPIEZIELE:**

**Woran möchten Sie im Rahmen der angestrebten Behandlung arbeiten? Was sind Ihre Therapieziele?**

**SONSTIGES:**

**Was wäre Ihnen noch wichtig, uns mitzuteilen?**

***Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!***