



**Klinik Mengerschwaige**  
Fachklinik für Psychiatrie | Psychotherapie  
Psychoanalyse | Psychosomatik

## **ANAMNESEFRAGEBOGEN FÜR PATIENT/INNEN**

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer stationären Aufnahme in unserer Klinik!

Um die Möglichkeiten einer Aufnahme 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 z. B. der Anlass für Ihre Aufnahme in die Klinik, Ihre Probleme und Beschwerden, Ihre aktuelle Lebenssituation, Vorbehandlungen, selbstverletzendes Verhalten, etwaige Süchte, aber auch Informationen über Ihre Familie, Schwangerschaft, Geburt und Kindheit, schulische und berufliche Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft, Träume sowie Ihre Stärken und Interessen.

Wir bitten Sie daher, den vorliegenden Fragebogen wahrheitsgetreu, möglichst ausführlich und vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und zu Ihrem Vorgesprächstermin 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 TherapeutInnen der Klinik Mengerschwaige und der angeschlossenen Institutsambulanz zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

### **ANGABEN ZUR PERSON:**

Vor- und Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Heutiges Datum: .....

**AUFNAHMEANLASS:**

**(1) Bitte beschreiben Sie den aktuellen Auslöser für Ihre Aufnahme in die Klinik.**

**(2) Schildern Sie Ihre derzeitigen Beschwerden und Probleme, an denen Sie in der Klinik arbeiten wollen.**

**(3) In welcher Form führen die von Ihnen geschilderten Beschwerden und Probleme zu Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben?**

**(4) Wann traten diese Beschwerden und Probleme zum ersten Mal in Ihrem Leben auf?**

**(5) Haben Sie Vermutungen über die Ursachen Ihrer Beschwerden und Probleme?**

**(6) Wie haben Sie bisher versucht mit Ihren Beschwerden und Problemen umzugehen bzw. diese zu bewältigen?**

## **VORBEHANDLUNGEN:**

### **(7) Waren Sie schon in ambulanter psychiatrischer Vorbehandlung?**

ja     nein

#### Wenn ja:

- *Wann zum ersten Mal?*
- *Wie viele Vorbehandler?*
- *Wo (Name, Ort) und wie lange (von ... bis):*

- Welche Behandlung haben Sie erhalten? Was fanden Sie daran hilfreich, was problematisch?

### **(8) Waren Sie schon in ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlung?**

ja     nein

#### Wenn ja:

- *Wann zum ersten Mal?*
- *Wie viele Therapeuten insgesamt?*
- *Wo (Name der Therapeuten, Ort) und wie lange (von ... bis; Gesamtstunden):*

- *Art der Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie; theoretische Ausrichtung (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Behandlung, alternative Therapieformen):*

- Weshalb waren Sie in Behandlung? Was fanden Sie hilfreich, was problematisch?

### **(9) Waren Sie schon in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorbehandlung?**

ja     nein

Wenn ja:

- *Wann zum ersten Mal:*
- *Anzahl der Aufenthalte insgesamt:*
- *Wo (Name der Klinik, Ort) und wie lange (von ... bis):*
- *Gesamtdauer in Wochen (geschätzt):*
- *Was war der jeweilige Aufnahmeanlass? Was fanden Sie hilfreich an der Behandlung, was problematisch?*
- *Mit welcher Medikation wurden Sie zuletzt entlassen?*
- *Welche Medikamente wurden seitdem abgesetzt?*

**SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN:**

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

ja     nein

Wenn ja:

*Wann:*

*Wie:*

Können Sie Auslöser benennen?

**(11) 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:*

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

ja     nein

Wenn ja:

*Wann:*

*Wie:*

*Wie ist der Versuch geendet?/Wie wurden Sie gerettet?*

**SÜCHTE:**

**(13) Alkohol:**

Seit wann?

Konsummuster (was, wann, wieviel, wie oft):

Letzter Konsum wann?

Entzüge:

Krampfanfälle:

Knock-Outs:

**(14) Glauben Sie, dass Sie alkoholabhängig sind oder waren?**

**(15) Drogen:**

Substanz:                      Seit wann?                      Konsummuster:                      Letzter Konsum wann?

Cannabis:

Speed:

Exstasy:

LSD:

Kokain:

Opiate:

Sonstige:

**(16) Glauben Sie, dass Sie drogenabhängig sind oder waren?**

**(17) Medikamente:**

Welche? (auch Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel)

Seit wann? Wie lange?

Letzter Konsum wann?

**(18) Glauben Sie, dass Sie medikamentenabhängig sind oder waren?**

**(19) Beschreiben Sie Ihr Essverhalten. Schildern Sie vor allem etwaige Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln und/oder Appetitzüglern.**

**(20) Denken Sie, dass Ihr Essverhalten problematisch ist?**

ja     nein

Wenn ja, warum:

**(21) Wenn Sie Raucher/in sind, was und wie viel rauchen Sie?**

**(22) Denken Sie, dass Ihr Rauchverhalten problematisch ist?**

ja     nein

Wenn ja, warum:

**(23) Andere Süchte:**

Medikamentenabhängigkeiten?

Glücksspiele?

Kaufsucht?

Computersucht? Wenn ja, wie viele Stunden täglich?

Internetsucht? Wenn ja, wie viele Stunden täglich?

Fernsehsucht? Wenn ja, wie viele Stunden täglich?

Handy-Sucht?

Sex-Sucht?

Sonstige Süchte?



**AKTUELLE LEBENSSITUATION:**

**(24) Schildern Sie Ihre aktuelle Lebenssituation (Wohnen, finanzielle Situation, Freunde und Kontakte, Interessen etc.):**

**FAMILIE:**

**(25) Welche Personen gehörten zu dem Haushalt, in dem Sie aufwuchsen?**

**(26) Bitte beschreiben Sie Ihre Eltern und andere wichtige Bezugspersonen sowie Ihre Beziehung zu diesen:**

Mutter:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Vater:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Geschwister (auch Halb- oder Stiefgeschwister):

Geschlecht:

Alter:

Ggf. Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Großmutter mütterlicherseits:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Großvater mütterlicherseits:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Großmutter väterlicherseits:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Großvater väterlicherseits:

Alter:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Beschreibung:

Beziehung früher:

Beziehung heute:

Sonstige Bezugspersonen (z. B. Tanten, Onkel, Cousins/Cousinen; Nachbarn, Freunde):

**(27) Wie empfanden Sie die Beziehung zwischen Ihren Eltern?**

**(28) Wie empfanden Sie die Gesamtatmosphäre zu Hause?**

**(29) Wie war die Rollenverteilung innerhalb der Familie (Familienoberhaupt, Mitläufer, Sündenbock etc.)?**

**(30) Gab es Flucht- oder Kriegserfahrungen bei den Eltern oder Großeltern?**

ja     nein

Wenn ja, wurde darüber gesprochen oder wurden diese verschwiegen? Was wissen Sie davon:

**(31) Bitte schildern Sie Ereignisse positiver oder negativer Art aus Ihrer Kindheit, die einen bleibenden Eindruck bei Ihnen hinterlassen haben:**

**(32) Welche Werte wurden Ihnen vermittelt? Welche Werte sind *Ihnen* heute wichtig?**

Früher:

Heute:

**(33) Spielte Religion/Spiritualität eine Rolle in Ihrer Erziehung? Welchen Stellenwert nimmt diese heute in Ihrem Leben ein?**

Früher:

Heute:

**(34) Wie war die Beziehung Ihrer Ursprungsfamilie zu Verwandten, Nachbarn und zur weiteren sozialen Umwelt?**

**SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND KINDHEIT:**

**(35) Welche Besonderheiten sind Ihnen aus der Schwangerschaft mit Ihnen, Ihrer Geburt und Ihrer Kindheit bekannt?**

**(36) Was sind Ihre frühesten Erinnerungen?**

**(37) Gab es längere Zeiten, in denen Sie in einem Krankenhaus waren?**

**(38) 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

**(39) Wie haben Sie Ihre Zeit im Kindergarten erlebt?**

**SCHULISCHE UND BERUFLICHE ENTWICKLUNG:**

**(40) Bitte schildern Sie in Stichworten Ihren schulischen und beruflichen Werdegang.**

**(41) Wie empfanden Sie die Kontakte mit Mitschüler/innen und Lehrer/innen?**

**(42) Gab es Gewalt-/Mobbing Erfahrungen?**

**(43) Wie waren Ihre schulischen Leistungen?**

**(44) Sind Sie mit der derzeitigen beruflichen Situation zufrieden?**

**(45) Wie ist Ihr Verhältnis zu Kolleg/innen und Vorgesetzten?**



**(46) Gibt es Probleme in der Arbeit? Wenn ja, wie sehen diese aus?**

**(47) Was wäre Ihr angestrebter bzw. Traumberuf?**

**SEXUALITÄT UND PARTNERSCHAFT:**

**(48) Wie haben Sie die Pubertät erlebt und wie bzw. von wem wurden Sie aufgeklärt?**

**(49) Leben Sie derzeit in einer Partnerschaft?**

ja     nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Beziehung zu Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin:

**(50) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer momentanen Partnersituation?**

**(51) Gibt es körperliche bzw. verbale Gewalt in Ihrer Partnerschaft?**

**(52) Gab es andere wichtige Partnerschaften in Ihrem Leben?**

**(53) Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Sexualität?**

**(54) Haben Sie Kinder?**

ja     nein

Wenn ja:

*Alter und Geschlecht:*

*Verhältnis zu Ihren Kindern:*

**TRÄUME:**

**(55) Können Sie sich derzeit an Ihre Träume erinnern?**

**(56) Schildern Sie einen bedeutsamen Traum, an den Sie sich erinnern können.**

**(57) Gibt es wiederkehrende Träume und/oder Alpträume?**

**STÄRKEN:**

**(58) Welche Stärken haben Sie?**

**(59) Welche Hobbys und Interessen sind oder waren Ihnen wichtig?**

**ANGESTREBTE STATIONÄRE PSYCHOTHERAPIE:**

**(60) Was sind Ihre Wünsche und Erwartungen an die stationäre Therapie?**

**(61) Worin könnten Gefährdungen der Therapie liegen?**

**(62) Was könnte sich durch eine erfolgreiche Therapie in Ihrem Alltag ändern?**

**(63) Sollte in den Fragen etwas Bestimmtes noch nicht angesprochen worden sein, das für Sie von Bedeutung ist, so führen Sie dies bitte hier noch aus:**

**- VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!-**