

Gemeinschaftspraxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
Dipl.-Psych. Katja Wohlgemuth
Dipl.-Soz.Arb./-päd. (FH) Camilla Herbold
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
Sophienstraße 17
68165 Mannheim

Anamnesebogen für Jugendliche/Erwachsene

Liebe Patienten,

mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie, die vielfältigen möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen Ihrer aktuellen Symptome/Beschwerden besser verstehen und einordnen zu können. Der Anamnesebogen kann eine gute Grundlage schaffen, um gemeinsam mit Ihnen nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Des Weiteren hilft er Zeit zu sparen und ermöglicht so im Gespräch ein intensiveres Eingehen auf die aktuelle Situation.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anleitung zum Ausfüllen:

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Der Bogen enthält sowohl Fragen zum Ankreuzen, als auch Fragen mit Platz für eigene Angaben. Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind oder Unklarheiten bestehen, mit einem Fragezeichen.

Angaben zur Person

Name, Vorname	Datum
Telefon	

1. Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte die Gründe der Vorstellung.

Wer oder was gab den Anstoß für die Vorstellung?

Welches sind die Hauptbeschwerden?

1.

2.

3.

...

Wann haben die augenblicklichen Beschwerden bzw. die Erkrankung begonnen?

Zu welchen Veränderungen (z.B. Verbesserungen oder Verschlechterungen) kam es im Verlauf?

Gab es vor Beginn der aktuellen Probleme eine anhaltende Belastung/größere Veränderung in Ihrem Leben? (z.B. Verlust einer Bezugsperson, Trennung der Eltern, Unfall, Umzug)

Wann und wo haben Sie sich (oder wurden Sie als Kind/Jugendl.) wegen Ihrer gegenwärtigen Beschwerden schon einmal vorgestellt? (z.B. Ärzte, Beratungsstelle, Psychotherapie)

von – bis

Beruf, Name, Anschrift

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Traten jemals vorher diese oder ähnliche Beschwerden auf? Nein Ja, bitte beschreiben:

2. Entwicklungsgeschichte

Gab es Auffälligkeiten oder Besonderheiten in der **Säuglingszeit** und in Ihrer frühkindlichen Entwicklung (motorisch, sprachlich, sozial, Sauberkeit, ...)? Bitte beschreiben:

Gab es im **Kindergartenalter** (oder bei der Eingewöhnung) Auffälligkeiten/besondere Vorkommnisse/schwerwiegende Erkrankungen/ Operationen/Unfälle? Bitte beschreiben:

Schulalter

Die Einschulung erfolgte mit _____ Jahren in die _____ (Schulart?)

Welche Klassen wurden wiederholt? _____

Traten in der Grundschule Besonderheiten auf? In welcher Klassenstufe und welche?

Traten in der weiterführenden Schule Besonderheiten auf? In welcher Klassenstufe und welche?

Sind/Waren Sie zufrieden mit Ihren schulischen Leistungen?

Schulischer/Beruflicher Werdegang

aktuell befindlich in:

Schule Schulart _____ Klassenstufe _____

Ausbildung zu _____

Studium: _____

berufliche Tätigkeit: _____

anderes, bitte erläutern: _____

Welche der folgenden Problem und Verhaltensauffälligkeiten trafen während der Schulzeit auf Sie zu?

LRS (Legasthenie) Rechenschwäche Konzentrationsschwäche Leistungsschwankungen

Leistungsverweigerung mangelnde Motivation Schule schwänzen Versagensängste

übermäßiger Ehrgeiz Übergenauigkeit Angst vor Klassenarbeiten Störung des Unterrichts

aggressives Verhalten von anderen abgelehnt viele Fehltage wg. Krankheit Klassenclown

3. Aktualanamnese

Krankheiten, Einschränkungen und Belastungen

Welche der folgenden Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten oder Erkrankungen traten in Ihrer Kindheit/Jugend auf?

- Einnässen Einkoten Essstörungen Schlafstörungen Schlafwandeln
Ängste Anfallsleiden Sprachstörungen Bewegungsstörungen Minderbegabung
Mutismus Autismus Tic-Störungen Kopfwerfen (Jaktationen) Geschwisterrivalität
Minderwuchs Nägelkauen Entwicklungsstörungen häufige Bauchschmerzen Kopfschmerzen
Übergewicht Untergewicht Zwangshandlungen Haare ausreißen Schüchternheit
Bulimie Feuerlegen Suizidversuche
-

Haben Sie irgendwelche körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen? [z.B. Asthma, rheumatische Erkrankungen, Allergien, angeborene Erkrankungen, wie Herzfehler, Sehschwäche, Hörschaden etc.]

- Nein Ja, welche:
-

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, welche:
-

Sind in Familie oder Verwandtschaft chronische (z.B. Herz- oder Schmerzerkrankungen), körperliche (z.B. Krebserkrankungen) oder psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angsterkrankung, Alkoholkrankheit) bekannt?

- Nein Ja, bitte beschreiben:
-

Haben Sie Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt gemacht?

- Nein Ja, einmal mehrmals immer wieder

Durch wen? Bitte beschreiben:

Konsumieren Sie Drogen oder Alkohol? Nein Ja

Was? Wie oft?

Hatten Sie schon einmal Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen? Nein Ja, bitte beschreiben:

Angaben zu Familie und Lebenssituation

Geschwister

Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Alter				
Lebt bei den Eltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehung	<input type="checkbox"/> Halbg. <input type="checkbox"/> Stiefg.	<input type="checkbox"/> Halbg. <input type="checkbox"/> Stiefg.	<input type="checkbox"/> Halbg. <input type="checkbox"/> Stiefg.	<input type="checkbox"/> Halbg. <input type="checkbox"/> Stiefg.
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen				

Eltern

	Mutter	Vater
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen		

Beschreiben Sie bitte kurz die Beziehung Ihrer Eltern untereinander:

Wie war/ist Ihre eigene Beziehung zu Ihren Eltern?

Wie war/ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern?

Welche der folgenden Merkmale charakterisieren Ihre Erziehung am ehesten?

- streng nachsichtig verwöhnend kontrollierend überbesorgt nachlässig wechselhaft
 tolerant nachgiebig lieblos liebevoll einschränkend autoritär inkonsequent
 behütet unterstützend moralisierend antiautoritär gegenseitige Achtung
-

Wie viele Freunde haben Sie? _____

Wie oft in der Woche/im Monat unternehmen Sie etwas gemeinsam? _____

Was unternehmen Sie gemeinsam?

Wie ist Ihre sexuelle Orientierung? Bitte beschreiben:

Haben Sie aktuell einen festen Partner? Nein Ja, seit _____

längster Partnerschaft: _____

Gab/Gibt es andere wichtige Bezugspersonen in Ihrem Leben? Nein Ja, bitte beschreiben:

Gibt es Kontakt zu Behörden?

Nein Ja, nämlich: Jugendamt Arbeitsamt Schulamt Familienhilfe (SPFH) Schulbegleitung
Wenn ja seit wann? Ggf. nähere Erläuterung:

Welche folgenden Belastungen/Lebensereignisse treffen zu?

- finanzielle Belastung berufliche Belastung Arbeitslosigkeit Partnerschaftskrise
 Trennung der Eltern häufige Auseinandersetzungen/Streit, mit _____
 Belastung durch die Krankheit/Pflege eine Familienangehörigen, bitte erläutern:

 Belastung durch den Tod einer nahestehenden Person, bitte erläutern:

 Wohnungswechsel, bitte erläutern:

 andere, bitte erläutern:
-

Wie viele Stunden Freizeit haben Sie pro Tag?

Wie viele Stunden verbringen Sie pro Tag am Handy/Computer/Fernseher u.ä.?

Ressourcen

Welche Interessen oder Hobbys haben Sie?

Was mögen Sie an sich? (Verhalten, Eigenschaften, Fähigkeiten)

Was mögen andere an Ihnen?

Welche Bereiche in Ihrem Leben sind von Ihren Problemen/Beschwerden verschont geblieben?

Welche Eigenschaften und Fähigkeiten können Ihnen bei der Bewältigung der Probleme helfen?

Wer kann Sie bei der Überwindung der aktuellen Problemen unterstützen und wie?

4. Weitere Fragen

Was erwarten Sie von der Vorstellung bzw. einer Behandlung? (Ziele)

Gibt es weitere Informationen, die wichtig sein könnten?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!