

Name

Vorname

geb.

Sehr geehrte*r Patient*in,

dieser Anamnesebogen dient als Grundlage für das Aufnahmegespräch mit Ihrer Bezugstherapeut*in sowie für die Erstellung des Entlassbriefes. Wir bitten Sie, die Fragen möglichst genau zu beantworten. Sind Ihnen Fragen unklar, sind Sie sich unsicher bei der Beantwortung, oder möchten Sie einzelne Fragen nicht beantworten, so lassen Sie die Fragen offen.

Vielen Dank!

Name: _____ Alter (in Jahren): _____

Religionszugehörigkeit: _____

- Familienstand:
- ledig
 - verheiratet
 - zum 2. Mal oder öfters verheiratet
 - getrennt lebend
 - geschieden
 - unverheiratet mit Partner lebend
 - verwitwet
 - _____

Staatsangehörigkeit: _____

1. Wer hat Ihnen die Behandlung vorgeschlagen?

2. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)

 nein ja falls ja, seit: _____ wegen: _____

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

 nein ja falls ja, insgesamt _____ (0 – 52 Wochen)

4. Sind Sie in den letzten 3 Jahren arbeitslos gewesen?

 nein ja wie viele Monate: _____

Besteht derzeit ein Arbeitsverhältnis?

- ja
- nein, ich bin selbständig
- nein, das letzte Arbeitsverhältnis endete am _____

Wie kam es zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses:

- ich habe selbst gekündigt wegen _____
- der Arbeitgeber hat selbst gekündigt wegen _____
- Aufhebungsvertrag wegen _____
- Ende befristeten Arbeitsverhältnis Sonstiges _____

4. Problembereiche

Wir werden Ihnen einige Beispiele nennen und möchten Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:

- Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt? ja nein
- Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmenge, Fahrstühle oder geschlossene Räume? ja nein
- Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche? ja nein
- Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen? ja nein
- Leiden Sie häufig unter unangemessenen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten? ja nein
- Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging, wie z.B. eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten oder Naturkatastrophen? ja nein
- Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus dem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen? ja nein

Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie...

- sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten? ja nein
- sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten? ja nein
- mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten? ja nein

Wir möchten Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen:

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten?

ja nein

- Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben? ja nein
- Hatten Sie bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr viele körperliche Probleme? ja nein
- Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate lang so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten? ja nein
- Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden? ja nein

Nun haben wir einige Fragen zu Ihrem Essverhalten und anderen Verhaltensweisen:

- Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht? ja nein
- Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen? ja nein
- Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in kurzer Zeit gegessen bzw. die Kontrolle beim Essen verloren? ja nein
- Haben Sie in der letzten Zeit Alkohol, Medikamente oder andere Substanzen eingenommen um Ihre Stimmung zu beeinflussen? ja nein
- Gibt es Handlungen oder Aktivitäten, die Sie zu häufig durchführen oder wofür Sie mehr Zeit investieren als Sie eigentlich sollten (Beispiele sind: Fernsehen, PC-Gebrauch/Internetnutzung in der Freizeit über 20 Std/Woche, Kaufen, Glücksspiel etc.)? ja nein

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige ungewöhnliche Erfahrungen gemacht, wie z.B.:

- Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war? ja nein
- Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten? ja nein
- Hatten Menschen Schwierigkeiten Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte? ja nein

Wir stellen Ihnen nun einige Fragen zu Problemen im Kontakt mit anderen Menschen:

- Ich habe im Moment stärkere private Konflikte ja nein
- Ich leide im Moment unter stärkeren beruflichen Konflikten oder Mobbing ja nein
- Ich habe Probleme meine Wünsche und Vorstellungen im Konflikt mit anderen durchzusetzen ja nein
- Ich habe Probleme auf fremde Menschen zuzugehen oder Menschen kennen zu lernen ja nein

Dachten Sie schon einmal an Selbstmord?

ja nein

wann? _____

wie oft? _____

Erklären Sie bitte die näheren Umstände/Lebensereignisse:

Haben Sie bisher Selbstmordversuche unternommen? Welche Lebensereignisse gingen dem Selbstmordversuch voraus?

ja nein

wann? _____

wie oft? _____

Schildern Sie bitte die näheren Umstände bzw. vorausgehende Lebensereignisse:

5. Beschreiben Sie stichwortartig die Entwicklung der wichtigsten Beschwerden, derentwegen Sie in unsere Klinik kommen, vom ersten Auftreten bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

| Monat / Jahr | Abfolge der Symptome | Welche Lebensumstände in dieser Zeit |
|--------------|----------------------|--------------------------------------|
| | | |

6. Welche Behandlungen wurden wegen Ihrer Beschwerden durchgeführt?

| Art und Ort der Behandlung | Zeitraum von bis |
|---|---------------------|
| Psychosomatische/psychiatrische stationäre Behandlung in ...: | |
| Psychosomatische/psychiatrische tagesklinische Behandlung in ...: | |
| Abgeschlossene ambulante Psychotherapie(n) (Anzahl der Termine): | |
| Aktuelle ambulante Psychotherapie (Anzahl der Termine): | |
| Behandlung bei ambulanten Psychiater*innen: | |
| Psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen: | |
| Rehabilitationsmaßnahmen aus anderen Fachbereichen: | |

FAMILIE

7. Angaben zur Familie:

Bitte machen Sie hier Angaben zu Eltern/Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern, Geschwistern/Stiefgeschwistern

| | Geburtsjahr | Beruf | Falls verstorben: wann, Todesursache |
|---------------------|-------------|-------|--|
| Vater/ Stiefvater | | | |
| Mutter/ Stiefmutter | | | |
| Geschwister | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. Sind Ihres Wissens nach in Ihrer Verwandtschaft die nachfolgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden aufgetreten:

Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Verfolgungsängste, Heimaufenthalte, Selbstmord oder -versuch, andere Verhaltensauffälligkeiten

Vater/ Stiefvater: _____

Mutter/ Stiefmutter: _____

Geschwister (welche)? _____

Andere Verwandte (welche)? _____

KINDHEIT UND JUGEND

9. Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen und wie lange?

- bei leiblichen Eltern bei Adoptiv- oder Pflegeeltern
 bei der Mutter allein bei Verwandten
 bei dem Vater allein bei Bekannten im Heim, welchem? _____

10. Falls Trennung/Scheidung der Eltern, Ihr Alter damals: _____

11. Was ist Ihnen über die Schwangerschaft Ihrer Mutter (als Sie mit Ihnen schwanger war), den Geburtsverlauf und Ihre eigene frühkindliche Entwicklung bekannt?

Schwangerschaft:

Geburt: _____

Frühkindliche Entwicklung:

12. Kreuzen Sie bitte an, welche Schwierigkeiten in Ihrer Kindheit für Sie zutrafen:

- Alpträume Bettnässen Daumenlutschen Ängste: welche?
 Nägelbeißen Wutausbrüche Stammeln oder Stottern
 andere: _____

Wie lange bestanden jeweils diese Probleme? _____

13. Sonstige Verhaltensprobleme in Ihrer Jugend (z. B. Schüchternheit, Erröten, Schulschwierigkeiten, Weglaufen...):

Wie lange bestanden diese Probleme? _____

14. Gab es insgesamt in Ihrer Kindheit und Jugend Ereignisse oder Lebensumstände, die Sie als besonders belastend empfunden haben?

15. Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Eltern/Stiefeltern bezeichnend sind:

| Mutter/Stiefmutter | Vater/Stiefvater |
|--------------------|------------------|
| | |

16. Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dort, wo Sie aufgewachsen sind:

17. Gab es häufig Streit?

- nein ja, aus welchen Anlässen?

Bedeutende Lebensereignisse

18. Gibt es für Sie belastende sexuelle Erlebnisse (z.B. auch sexueller Mißbrauch), Ängste oder Phantasien?

Wenn ja, sollte dieses Thema in der Einzeltherapie besprochen werden?

19. Nennen Sie die drei schlimmsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1.

2.

3.

20. Nennen Sie die drei schönsten Ereignisse in Ihrem Leben:

1.

2.

3.

21. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihrer Erkrankung?

PARTNERSCHAFT

22. Haben Sie zurzeit einen Partner? Alter: _____ Beruf: _____

23. Wie lange sind Sie bereits mit Ihrem Partner zusammen? _____

Falls verheiratet, wann war die Eheschließung?

24. Geben Sie bitte an, ob, wann und wie lange früher Partnerschaften/Ehen bestanden. Aus welchen Gründen kam es zur Trennung?

25. Wie glücklich schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Beziehung ein?

Falls Sie **momentan allein** sind, beantworten Sie bitte die Fragen **für Ihre letzte Partnerschaft!**

- sehr glücklich
- glücklich
- eher glücklich
- eher unglücklich
- unglücklich
- sehr unglücklich

26. Bitte führen Sie Ihre Kinder in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Geburt mit Namen und Alter auf:

| Name | Alter |
|------|-------|
| | |

27. Welches der Kinder ist aus einer früheren Ehe oder Verbindung?

28. Gab es in der letzten Zeit einschneidende Veränderungen im familiären Bereich, besondere Schwierigkeiten mit Ihren Kindern oder steht die Familie unter sonstigen starken Belastungen?

29. Wie ist Ihre Wohnsituation (z.B. eigener Haushalt, bei Eltern ..., Größe des Haushaltes)?

30. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

SOZIALER BEREICH

31.:

| Hobbys, Interessen und Freizeitaktivitäten | Ungünstige/gesundheitsschädliche Verhaltensweisen |
|--|---|
| | |

32. Erhalten Sie in schwierigen Lebenssituationen genügend Unterstützung durch Ihre Verwandten und Ihren Freundeskreis?

Wenn ja, von wem? _____

33. Sind Sie mit Ihrer finanziellen Absicherung zufrieden?

Haben Sie finanzielle Verpflichtungen (Haus, etc.)?

34. Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor?

nein

Antrag gestellt, Entscheidung liegt noch nicht vor

ja, und zwar ein Grad der Behinderung (GdB) von _____

ja, und zwar eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von _____

Grund hierfür:

35. Beziehen Sie derzeit eine der folgenden Leistungen?

nein

ja, und zwar

Krankengeld

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Grundsicherung

36. Beziehen Sie eine Rente?

nein

ja

wenn ja, welche Art:

Dauerrentner wegen Berufsunfähigkeit

Dauerrentner wegen Erwerbsunfähigkeit

Zeitrentner

Altersruhegeldempfänger

Hinterbliebenenrentner

37. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

nein

ja

wenn ja, wann:

Grund:

Wie wurde darüber entschieden?

38. Läuft ein Antrag auf berufliche Reha?

nein

ja

wenn ja, wann:

39. Gibt es laufende Sozialgerichtsverfahren?

nein

ja

wenn ja, Grund:

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

40. Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

BERUFLICHE ENTWICKLUNG

41. Lehre zum/zur

von: _____ bis: _____ abgebrochen abgeschlossen

Studium-
zum/zur

von: _____ bis: _____ abgebrochen abgeschlossen

weitere Berufsausbildungen:

weitere abgeschlossene Qualifikationen:

derzeitige Berufsbezeichnung:

42. Beruflicher Lebenslauf (bitte auch Arbeitslosigkeit und Kindererziehungszeiten angeben, gerne auch als Kopie):

| von – bis | Tätigkeitsbezeichnung /Berufsbezeichnung |
|-----------|--|
| | |

43. Jetzige Beschäftigung als:

bei Firma, Dienststelle:

bei Arbeitslosigkeit: letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit:

44. Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre berufliche Tätigkeit zutreffen:
 (falls Sie derzeit **arbeitslos** sind, beziehen sich die Aussagen auf **Ihre letzte berufliche Tätigkeit**)

Arbeitshaltung

| | ständig | überwiegend | zeitweise |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sitzend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gebückt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arme über Brusthöhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kniend/hockend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auf Gerüsten/Leitern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heben/Tragen

 Art der Lasten:

Gewichte häufig bis _____ kg gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

 nein ja, folgende: _____

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden/Woche

- Ganztagsarbeit
- Teilzeitarbeit
- andere Arbeitszeitmodelle
- _____
- _____

- regelmäßige Früh-/ Spätschichten
- regelmäßige Dreischicht
- nur Nachtschicht
- starrer maschinengebundener Arbeitstakt
- Einzelakkord
- Gruppenakkord
- Beschreibung: _____
- _____
- _____

Äußere Einflüsse

- Kälte, Zugluft, Nässe
- Hitze
- starke Staubentwicklung
- Rauchentwicklung
- starker Lärm
- Lärmschutz muss getragen werden
- Erschütterungen/Vibrationen
- Gerüche, Gase, Dämpfe
- welche? _____

- hautreizende Stoffe
- welche? _____
- atemwegsreizende Stoffe
- welche? _____

- überwiegend im Freien
- überwiegend in Rohbauten
- überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

- Pkw
- Lkw
- Baumaschinen/sonstige Fahrzeuge
- Personenbeförderung
- Gefahrguttransport

Sonstiges

- Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit
- Auswärts-Montage
- Mitarbeiterführung
- erhöhte Unfallgefahr
- außerordentliche Konzentration erforderlich
- lange Anfahrtszeiten _____ Min.
- keine geregelten Pausen
- überwiegend Bildschirmarbeit

- besondere Anforderungen an das Sehvermögen (z.B. Feinarbeit)

 Mit welchen Verkehrsmitteln erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz: _____

45. Gibt es derzeit besondere Belastungen oder Probleme am Arbeitsplatz/mit Kollegen/Vorgesetzten?

46. Bei welchen beruflichen Aufgaben/Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

IM ALLTAG

47. Bei welchen alltäglichen Aufgaben und Aktivitäten bestehen aktuell Einschränkungen, z.B. Selbstversorgung, Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, Familie, soziale Kontakte?

ERWARTUNGEN und EIGENE ZIELE

48. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **abbauen**?

49. Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen möchten Sie während der stationären Behandlung in der Klinik **aufbauen**?

50. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?
Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiter arbeiten kann | <input type="checkbox"/> eine Rente beantragen werde |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann | <input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben werde |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will | |
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann | <input type="checkbox"/> ich weiß es noch nicht |

Datum, Unterschrift

Jetzt haben Sie es geschafft! 50 Fragen Auseinandersetzung mit Ihrem Leben ist sicherlich mit einer großen Anstrengung verbunden.

Vielen Dank für Ihre aktive Mitarbeit.