

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

- Name:
- Geburtsdatum:
- Adresse:
- Telefon:
- E-Mail:
- Notfallkontakt (Name, Telefonnummer, Beziehung):
- Beruf / Tätigkeit:
- Familienstand:

Medizinische Vorgeschichte

1. Bestehen aktuell medizinische Diagnosen? Falls ja, welche?
2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, bitte mit Name, Dosierung und Grund.
3. Bestehen bekannte neurologische oder psychische Erkrankungen? (z. B. Epilepsie, Depression, Angststörungen, PTBS, Psychosen, bipolare Störung, dissoziative Störungen)
4. Haben Sie eine diagnostizierte oder vermutete Herz-Kreislauf-Erkrankung?
5. Bestehen Schlafstörungen? Falls ja, in welcher Form?
6. Leiden Sie unter chronischen Schmerzen oder anderen körperlichen Beschwerden?
7. Wurde jemals eine Suizidalität oder Selbstverletzung diagnostiziert oder vermutet?
8. Gab es frühere psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen? Falls ja, welche und mit welchem Erfolg?
9. Haben Sie Erfahrungen mit alternativen Therapieformen (z. B. Hypnose, Kinesiologie, Meditation)?
10. Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

Psychosoziale Faktoren

1. Gibt es aktuelle Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld? Falls ja, welche?
2. Wie würden Sie Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen beschreiben?
3. Gibt es belastende Lebensereignisse in der Vergangenheit (z. B. Verlust, Gewalt, Missbrauch, schwere Erkrankungen, Unfälle)?
4. Haben Sie ein unterstützendes soziales Umfeld?
5. Wie hoch empfinden Sie Ihr aktuelles Stressniveau (1–10)?
6. Gibt es wiederkehrende emotionale Muster, die Ihnen auffallen (z. B. häufige Angst, Wut, Traurigkeit)?
7. Haben Sie bewährte Bewältigungsstrategien für Stress und Belastungen?
8. Gab es in der Kindheit belastende Erfahrungen?
9. Haben Sie traumatische Erfahrungen gemacht, die Sie als unverarbeitet empfinden?

Spezifische Informationen

1. Was ist das Hauptanliegen für die Behandlung (z. B. Trauma, Angst, Phobie, Leistungssteigerung, Selbstwertprobleme)?
2. Wenn es um eine belastende Erinnerung geht: Wie lange liegt das Ereignis zurück?
3. Gibt es körperliche Reaktionen, wenn Sie an die Belastung denken? Falls ja, welche?
4. Gibt es bestimmte Trigger oder Situationen, die mit der Belastung in Verbindung stehen?
5. Wie intensiv ist die Belastung auf einer Skala von 1 bis 10?
6. Wenn es um ein positives Ziel geht: Wie nah fühlen Sie sich diesem Ziel aktuell (1–10)?

Erwartungen und Zielsetzung

1. Was erwarten Sie von der Therapie bzw. dem Coaching?
2. Welche Veränderungen würden Sie als Erfolg betrachten?
3. Gibt es Aspekte Ihres Lebens, die durch die Behandlung verbessert werden sollen?
4. Gibt es ein konkretes positives Bild oder Gefühl, das Sie erreichen möchten?
5. Haben Sie bestimmte Wünsche oder Vorstellungen zur Vorgehensweise der Sitzungen?

Zusätzliche Anmerkungen

Hier können Sie weitere relevante Informationen ergänzen, die Sie für wichtig halten:

Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt und vollständig sind. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten vertraulich behandelt werden und nur für therapeutische bzw. Coaching-Zwecke genutzt werden.

Unterschrift:_____

Datum:_____