



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft mir Ihr Beschwerdebild besser kennen zu lernen und somit eine möglichst gute Behandlungsplanung durchzuführen. Bitte beantworten Sie daher die nachfolgenden Fragen. Die Informationen über Sie, die ich erhalte, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da ich der Schweigepflicht unterliege. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr Titel:

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum:

Adresse:
Straße / Hausnr. PLZ / Ort

1. IHRE BESCHWERDEN, ERKRANKUNGEN UND PROBLEMBEREICHE

Bitte beschreiben Sie, aufgrund welcher körperlicher und /oder seelischer Beschwerden Sie sich von mir unterstützen lassen möchten.

Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt? (Beginn, zeitlicher Verlauf)

Zeit	Verlauf (Verschlechterung, Verbesserung)
.....	
.....	
.....	
.....	



Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/Problembereiche (Mehrfachnennungen möglich)?

Beschwerden/Problembereiche	Wie häufig?		
	Nie	manchmal	oft
Depressivität, Trauer, Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐
Erschöpfung, Müdigkeit, Ausgebranntsein	☐	☐	☐
Übernervosität, Anspannung, Stress-Symptome	☐	☐	☐
Ängste, Panikattacken, Vermeidungsverhalten	☐	☐	☐
Zwanghaftes Grübeln/Verhalten	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐
Alpträume, plötzlich aufdrängende Erinnerung	☐	☐	☐
Schmerzen:	☐	☐	☐
Tinnitus	☐	☐	☐
Verdauungsprobleme: Durchfall, Übelkeit etc.	☐	☐	☐
Andere körperliche Symptome: Schwindel, Herzstolpern etc.	☐	☐	☐
Ausgeprägtes Über- bzw. Untergewicht	☐	☐	☐
Essanfälle mit/ohne Erbrechen	☐	☐	☐
Heftige Gefühlsschwankungen/Impulsivität	☐	☐	☐
Selbstverletzungen	☐	☐	☐
Suizidgedanken, -impulse, -versuche	☐	☐	☐
Probleme mit Alkohol, Drogen, Medikamenten	☐	☐	☐
Schwierigkeiten in der Partnerschaft/Ehe/Familie	☐	☐	☐
Schwierigkeiten im Freundeskreis	☐	☐	☐
Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	☐	☐	☐
Andere:	☐	☐	☐



2. BISHERIGE BEHANDLUNGEN

Welche Behandlungen haben Sie bisher in Anspruch genommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Wie gut haben diese Behandlungen geholfen?	Sehr gut	gut	wenig	gar nicht	eher geschadet
Bisher keine Behandlung für diese Beschwerden					
Physiotherapie					
Wärme-, Kälte-, Strombehandlung, Med. Bäder, Lichttherapie					
Physio/Ergo					
Kreativtherapie (Musik, Tanz, Malen etc.)					
Entspannung, Meditation					
Akupunktur/Akupressur					
Operationen					
andere:					
andere:					

Was war insgesamt gut?

Was hat gefehlt?



Haben Sie andere schwerwiegende Erkrankungen? (Karzinom, HIV, Transplantation, MS, Anfallsleiden)

Art der Erkrankung / des Unfalls

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament (Name)

3. NUR BEI MEHRTÄGIGEM AUFENTHALT

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Medikamente, Lebensmittel) Bei mehrtägigem Aufenthalt bitte Allergiepass mitbringen.

☐ Nein ☐ Ja

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!