

Anamnesebogen

Patientendaten

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. (tagsüber / abends):

E-Mail:

Hausarzt:

Tel.-Nr. Angehörige/r:

Tel. Erstkontakt:

Erstgespräch:

Grund der Konsultation: (aktuelle Beschwerden)

Vorgeschichte dazu: (auch Erklärungsversuche des Pat., Sorgen, Ängste, Wünsche, Gedanken, Gefühle, etc.)

Psychische Vorerkrankungen oder -behandlungen:
(Art, Behandler, Datum, usw.)

Körperliche Erkrankungen: (Art, Behandlung, seit wann)

Vegetativum:

Schlaf (Ein- und Durchschlaf, Erholungswert, wie lange täglich)

Schwitzen

sonstiges

Attest vom Hausarzt (letztes Checkup)**Suchtmittel:**

Alkohol:

Zigaretten:

Tabletten:

Biographische Anamnese: (Kindheit und Jugendzeit, schulische Entwicklung, Erwachsener, Ausbildung, Studium, Beruf, finanzielle Verhältnisse, Wohnverhältnisse, Erhebung biographisch wichtiger Ereignisse wie z.B. Heirat, Geburt eines Kindes, Interessen, Zufriedenheit usw.)

Sozialanamnese: (Partnerschaft, Beziehung, Sexualität, Freundschaften, Vereinstätigkeiten, Zugehörigkeit zu Gruppen, Hobbys, usw.)

Familienanamnese: (Familienverhältnisse (Eltern, Geschwister, Großeltern -soziale Situation, Berufe, noch lebend, Atmosphäre, Erkrankungen, Belastungen), Suizide, Kriminalität, Gefängnis usw.)

Psychischer Befund:

Erscheinungsbild:

Verhalten:

Sprechverhalten:

Bewusstsein:

Orientierung:

Aufmerksamkeit:

Gedächtnis:

Intelligenz:

Denken (formal / inhaltlich):

Wahrnehmung (Sinne):

Ich-Erleben:

Affektivität:

Antrieb/Motorik:

Zirkadiane Besonderheiten (Tagesrythmik):

Ziel des Patienten in der Therapie: (wörtlich)

Aktuell erreichbares Ziel: (konkrete Zielvereinbarung)

Therapievereinbarung (Art und Dauer der Behandlung, Termine, Kosten, Zahlungsweise, Schweigepflichtentbindungen, vorher zum Hausarzt u.a.)

Verdachtsdiagnose: (ICD 10 sowie eigene Umschreibung)