



Sofia Weavind

## Anamnesebogen

### I. Angaben zur Person:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Non-Binary
- Trans

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Eigene Wohnung:  Ja  Nein, bei \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Familienstand:

- single
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- getrennt lebend
- in einer monogamen Partnerschaft
- in einer polygamen Partnerschaft

Neigung:

- heterosexuell
- homosexuell
- asexuell
- \_\_\_\_\_



Sofia Weavind

Kinder:

Ja      Jungen/Alter? \_\_\_\_\_  
Mädchen/Alter? \_\_\_\_\_  
 Nein      Kinderwunsch vorhanden?  Ja       Nein

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?       Ja       Nein

Gab es einen Abort?       Ja       Nein

Gab es einen induzierten Abort?       Ja       Nein

Religion: \_\_\_\_\_

Wie stark spielt Religion eine Rolle in Ihrem Leben? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht? \_\_\_\_\_

Wie waren Ihre schulischen Leistungen? \_\_\_\_\_

Halten Sie Kontakt zu Schulkameraden/Lehrkräften?  Ja       Nein

Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung?  
 Ja, als \_\_\_\_\_       Nein

Wie war Ihr Ausbildungsverhältnis? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Halten Sie Kontakt zu anderen Azubis/Ausbildern?  Ja       Nein

Stehen Sie zurzeit in Arbeit?       Ja       Nein



Welche Tätigkeit üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Arbeitgeber? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Arbeitsverhältnis? \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Hausarzt:

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort/PLZ: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zu Erkrankungen:

a. Haben Sie eine Entwicklungs- oder Persönlichkeitsstörung?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

b. Haben Sie chronische Erkrankungen?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

c. Haben Sie ansteckende Krankheiten?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

d. Haben Sie degenerative Erkrankungen?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

e. Haben Sie wiederkehrende Schmerzen?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

f. Haben Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein



Sofia Weavind

g. Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

h. Leiden Sie unter Ängsten?

Ja, vor \_\_\_\_\_

Nein

i. Haben Sie Schlafprobleme?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

j. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten hohe psychische Belastungen oder Stress?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

k. Haben oder hatten Sie eine Abhängigkeit von Alkohol?

Ja       Nein

l. Haben oder hatten Sie eine Abhängigkeit von Medikamenten?

Ja       Nein

m. Haben oder hatten Sie eine Abhängigkeit von Drogen?

Ja       Nein

n. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?

Ja       Nein

o. Haben oder hatten Sie schon einmal eine schizophrene Episode?

Ja       Nein



Sofia Weavind

p. Leiden oder litten Sie an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen oder gab es Operationen?

Ja  Nein

- Art: \_\_\_\_\_
- Dauer: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_
- Verlauf: \_\_\_\_\_
- Medikation: \_\_\_\_\_
- Stationärer Aufenthalt: \_\_\_\_\_

q. Gab es früher schon einmal seelische Erkrankungen oder Probleme bei Ihnen?

Ja  Nein

- Art: \_\_\_\_\_
- Dauer: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_
- Verlauf: \_\_\_\_\_
- Medikation: \_\_\_\_\_
- Stationärer Aufenthalt: \_\_\_\_\_

r. Leiden oder litten, Ihre Eltern oder Verwandten an seelischen Erkrankungen?

Ja  Nein

- Person/Art: \_\_\_\_\_
- Person/Art: \_\_\_\_\_
- Person/Art: \_\_\_\_\_
- Person/Art: \_\_\_\_\_



#### 4. Angaben zu Lebensereignissen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trennungen        | <input type="checkbox"/> Mobbing              | <input type="checkbox"/> Verschuldung           |
| <input type="checkbox"/> Todesfälle        | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust  | <input type="checkbox"/> Reichtum               |
| <input type="checkbox"/> Eheschließungen   | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel  | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfälle        |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaften   | <input type="checkbox"/> Stalking             | <input type="checkbox"/> Verlust von Haustieren |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Gewalt | <input type="checkbox"/> Suizidversuche       | <input type="checkbox"/> Krisen                 |
| <input type="checkbox"/> Verbale Gewalt    | <input type="checkbox"/> Kriegserlebnisse     | <input type="checkbox"/> Globale Ereignisse     |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Gewalt   | <input type="checkbox"/> Kriminalitätsdelikte | <input type="checkbox"/> Naturkatastrophen      |
| <input type="checkbox"/> Traumatisierungen | <input type="checkbox"/> Umzüge               | <input type="checkbox"/> Adoptionen             |

- a. Hatten Sie Teile dieser Lebensereignisse (s.o.) oder anderer Ereignisse zu einem Zeitpunkt in Ihrem Leben vergessen und konnten sich nicht mehr daran erinnern?  Ja  Nein

#### 5. Angaben zu sozialen Verhältnissen:

- a. Leben Ihre Eltern noch?

- Vater:  Ja  Nein, Todesursache: \_\_\_\_\_

- Mutter:  Ja  Nein, Todesursache: \_\_\_\_\_

- b. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrem Vater in mindestens 5 Worten:

---

---

---

---

---



Sofia Weavind

c. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrer Mutter in mindestens 5 Worten:

---

---

---

---

---

d. Haben Sie Geschwister?  Ja, Alter/Geschlecht\_\_\_\_\_

---

Nein

e. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Geschwistern in mindestens 5 Worten:

---

---

---

---

---

f. Gab es Stiefeltern, oder -geschwister?  Ja  Nein

g. Wenn ja, beschreiben Sie die Verhältnisse bitte:\_\_\_\_\_

---

---

---

h. Leben Ihre Großeltern noch?

- väterlicherseits:  Ja  Nein, Todesursache:\_\_\_\_\_

- mütterlicherseits:  Ja  Nein, Todesursache:\_\_\_\_\_

---



Sofia Weavind

i. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern väterlicherseits:

---

---

---

---

---

j. Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern mütterlicherseits:

---

---

---

---

---

k. Beschreiben Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem/r Partner/in: \_\_\_\_\_

---

---

---

l. Beschreiben Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem/r geschiedenen Partner/in: \_\_\_\_\_

---

---

---

m. Beschreiben Sie wie Sie mit dem Verlust Ihres/r Partner/in  
zurechtkommen: \_\_\_\_\_

---

---

---

n. Beschreiben Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem/n Kind/ern: \_\_\_\_\_

---

---

---





## 6. Soziale Anamnese

a. Haben Sie Freunde/Bekannte?  Ja  Nein

b. Wie viele Freunde/Bekannte haben Sie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. Wie sieht Ihr Verhältnis mit Ihren Freunden/Bekannten aus? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. Haben Sie Hobbys?  Ja  Nein

e. Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. Wie regelmäßig gehen Sie Ihren Hobbys nach? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. Nehmen Sie an sportlichen Aktivitäten teil?  Ja  Nein

h. Wie regelmäßig gehen Sie diesen nach? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Zeit