

Privatärztliche Praxis für Psychotherapie  
Dr. med. Joachim Seidel  
Goethestraße 27, 99817 Eisenach  
info@joachim-seidel.de

Datum  
Name, Vorname  
Geburtsdatum

## Anamnesebogen

### 1. Aktuelles Anliegen

Was führt Sie in die Praxis? Gab es ein auslösendes Ereignis? Seit wann haben Sie Beschwerden und wie stark fühlen Sie sich aktuell belastet (0-10)?

### 2. Therapieziele

Was sollte sich durch die Therapie - kurzfristig und langfristig - konkret verändern? Woran würden Sie merken, dass die Therapie erfolgreich war? Was wünschen Sie sich vom Therapeuten?

### 3. Aktuelle Symptomatik

Stimmung	Angst	Verhalten
<input type="checkbox"/> Depressive Stimmung <input type="checkbox"/> Interessenverlust <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung <input type="checkbox"/> Innere Leere <input type="checkbox"/> Schuldgefühle <input type="checkbox"/> Überforderungsgefühl	<input type="checkbox"/> Innere Unruhe <input type="checkbox"/> Grübeln <input type="checkbox"/> Panikattacken <input type="checkbox"/> Soziale Ängste <input type="checkbox"/> Zukunftsängste <input type="checkbox"/> Körpersymptome (wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen)	<input type="checkbox"/> Rückzug <input type="checkbox"/> Vermeidungsverhalten <input type="checkbox"/> Konflikte <input type="checkbox"/> Leistungsabfall <input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstverletzung <input type="checkbox"/> Reizbarkeit
Schlaf	Körper	Betroffene Bereiche
<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Frühes Erwachen <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Antriebsmangel	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme <input type="checkbox"/> Verspannungen <input type="checkbox"/> Appetitveränderung <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf <input type="checkbox"/> Partnerschaft / Familie <input type="checkbox"/> Soziale Kontakte <input type="checkbox"/> Körperliche Gesundheit <input type="checkbox"/> Selbstwert / Zufriedenheit
Schädlicher Konsum	Suizidalität	Lebensereignisse
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> andere Substanzen Menge /Häufigkeit:	Suizidgedanken <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> aktuell Suizidversuche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> Trennung <input type="checkbox"/> Todesfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mobbing <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzverlust <input type="checkbox"/> Sinnkrise <input type="checkbox"/> Traumatische Erfahrung <input type="checkbox"/> Finanzielle Sorgen
Zufriedenheit (0-10)	Familie	Soziales
<input type="checkbox"/> Arbeit / Beruf <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Freundschaften <input type="checkbox"/> Lebenssinn <input type="checkbox"/> Selbstwert	Beziehungsstatus <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden  Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> im Haushalt lebend  Wohnsituation <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Eigenheim	Beruf <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend  Status <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> berentet <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig  Finanzen <input type="checkbox"/> geregelt <input type="checkbox"/> unsicher
Sonstiges		

#### 4. Vorgeschichte / Hintergrund

**Ursprungsfamilie** Wo sind Sie aufgewachsen? Wie würden Sie Ihre Kindheit beschreiben? Wie war die Beziehung zu Mutter / Vater / wichtigen Bezugspersonen? Gab es belastende Erfahrungen (z. B. Krankheit, Trennung, Gewalt, Verluste)?

**Ausbildung und Beruf** Wie verlief ihr schulischer und beruflicher Werdegang? Wie (un-)zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Tätigkeit?

**Psychotherapie.** Waren Sie bereits in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung (wann, wo, wie lange)? Welche psychiatrischen Diagnosen und eventuell Psychopharmaka (inkl. Dosis) haben Sie erhalten?

**Selbstbild** Wie würden Sie sich selbst beschreiben? Was sind Ihre Stärken? Was sind wiederkehrende innere Konflikte oder Muster?