# [[1]](#footnote-1)Anamnesebogen Erwachsene/ Dr. Elisabeth Lazcano

Die folgenden Angaben erleichtern es mir eine geeignete Therapie für sie zu entwickeln. Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen Zeit! Sollten Sie zur Beantwortung bestimmter Fragen mehr Platz benötigen als zur Verfügung steht, benutzen Sie die Rückseite des Fragebogens unter Angabe der Fragestellung. Ihre Daten obliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weiter gegeben.

Auf mich aufmerksam geworden durch:

Behandelnde Ärzte/ Ärztinnen:

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Email:

Krankenkasse: Versicherungsnummer

Familienstand: Kinder: Beruf:

Sport/Hobby:

Welche Erkrankungen kommen in ihrer FAMILIE vor? Suizide?

Mutter: Vater: Geschwister:

Großeltern: Onkel/ Tanten:

Welcher Grund führt Sie zu mir?

Was ist Ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem)?

Was ist das Ziel der Behandlung, was erhoffen Sie sich?

Wie beeinträchtigt Sie ihre Hauptbeschwerden in ihrem Leben?

Wie hoch ist dadurch der Leidensdruck?

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert, Auslöser?

Wie äußern sich die Hauptbeschwerden?

Wie war Ihre Kindheit? Wie sind / waren ihre Beziehungen zur Familie/ Partner/in?

Wie ist ihr Bildungsweg gewesen? beruflicher Werdegang?

Werden Sie im Allgemeinen durch etwas in positiver oder negativer Hinsicht beeinflusst?

Gibt es noch andere Beschwerden? Sind irgendwelche Erkrankungen schwerer Verlaufen als sonst?

Allergien/ Unverträglichkeiten/ Impfungen/ Operationen:

Gibt oder gab (in ihrer Kindheit) es schwere oder chronische Erkrankungen?

Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathika ein? Wie oft?:

Zigaretten:\_\_\_Kaffee:\_\_\_\_\_Alkohol:\_\_\_\_\_\_\_Drogen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlaf?

Wurde Ihnen etwas berichtet über besondere Ereignisse/ Komplikationen bei der Schwangerschaft/Geburt/ Stillzeit ihrer Mutter?

Gefühl / Emotion / Psyche Wie fühlen Sie sich emotional?

Bitte markieren sie das Diagramm: 1 = schlecht / depressiv, 10 = ich könnte die ganze Welt umarmen 1-------2-------3-------4-------5------ -6-------7-------8-------9-------10

Sind Sie bereit in Ihrem Leben Veränderungen zuzulassen? Wenn ja, Welche?

Wie würden Sie sich selbst kurz beschreiben? Wie ist ihr Wesen? (Wie würden nahestehende Sie beschreiben? Wie ist meistens ihr Gemütszustand?)

Was ist typisch für Sie?

Was sind ihre Stärken und was ihre Schwächen?

Hobbys, Interessen, Fähigkeiten:

Was ist Ihnen wichtig im Leben?

Was sind Ihre Themen im Leben bzw. welches Muster zieht sich in Ihrem Leben durch?

Was können Sie nicht leiden? Auf was reagieren Sie empfindlich?

Welche Ängste und Sorgen haben Sie? Worüber machen Sie sich Gedanken?

Hatten sie ein traumatisches Erlebnis? Verletzungen?

Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen/Mobbing?

Was ist das Ziel der Behandlung, was erhoffen Sie sich?

Was würden Sie gerne an sich oder in ihrem Leben verändern?

Gibt es noch etwas nennenswertes bzw. einschneidendes aus Ihrem Leben, das unter den Punkten nicht dabei war?

Welche Bezugsperson können wir im Notfall kontaktieren (Telefonnummer)?

Hausarzt:

Vielen Dank!

1. [↑](#footnote-ref-1)