

Anamnesefragebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,
wir würden uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist, zu beantworten.
Je genauer die Informationen sind, die wir von Ihnen erhalten, desto besser können wir uns auf das erste Gespräch mit Ihnen vorbereiten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Wie haben Sie von uns erfahren?

Geburt & frühkindliche Entwicklung:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt?
(wie z.B. Frühgeburt, Kaiserschnitt, Atmungsprobleme, Beatmung, Wärmebettchen, Sepsis/Infektionen etc.)

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Hat Ihre Mutter während der Schwangerschaft geraucht, Alkohol/Drogen/Medikamente konsumiert oder litt sie an seelischen Belastungen?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurden Sie geboren?

Wurde bei Ihnen eine Entwicklungsverzögerung festgestellt?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Gab es Auffälligkeiten im Schlaf- und Essverhalten als Baby/Kleinkind?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Waren Sie als Baby/Kleinkind besonders unruhig oder überaktiv?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Gab es Besonderheiten in der Kleinkindphase (Sprachentwicklung, Sauberkeitserziehung, Laufen und Krabbeln, Trotzphasen etc.)?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie (z.B. Röteln, Windpocken)?

Gab es sonstige bekannte Krankheiten?

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Gab es jemals auffällige Untersuchungsbefunde in Bezug auf Hören oder Sehen?

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Haben Sie als Kind Frühförderung erhalten (Ergotherapie, Logopädie etc.)?

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Kindheit & Schule:

Kindergarten:

Haben Sie als Kind einen Kindergarten besucht?

- ☐ Ja (von _____ bis _____)
- ☐ nein _____

Hatten Sie Freunde in der Gruppe?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten?

(z.B. starke Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten gegenüber Erziehern/ Kindern, Trennungsangst)

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Schulzeit:

Wann wurden Sie eingeschult?

Welche Schulen wurden besucht (bitte auflisten)?

-
-
-
-

Hatten Sie Schwierigkeiten in der Schule? (z. B. Konzentration, Unruhe, soziale Probleme, Ablenkbarkeit, Organisation)

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Haben Lehrer oder andere Bezugspersonen Auffälligkeiten bemerkt?

- ☐ Ja _____
- ☐ Nein _____

Gab es Schwierigkeiten mit Hausaufgaben oder Prüfungen?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Waren Sie oft in Konflikte mit anderen Kindern oder Lehrern verwickelt?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Wurde bei Ihnen in der Kindheit eine Diagnose wie ADHS, Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS), Hochbegabung oder andere Lernschwierigkeiten gestellt?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Hatten Sie Freunde in der Schule?

- ☐ Ja
☐ Nein

Jugendalter & Ausbildung:

Wie haben Sie Ihre Pubertät erlebt? Gab es besondere Herausforderungen?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Waren Sie impulsiv oder risikobereit (z. B. gefährliches Verhalten, Drogen-/Alkoholkonsum, häufige Regelverstöße)?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Haben Sie eine Berufsausbildung oder ein Studium absolviert?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Hatten Sie Schwierigkeiten in der Ausbildung oder im Studium?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

Gab es emotionale Probleme wie Ängste, Depressionen oder Wutausbrüche?

- ☐ Ja _____
☐ Nein _____

aktuelle Lebenssituation & Beschwerden

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die passende Antwort ankreuzen. Falls Sie sich bei einer Frage nicht sicher sind, können Sie auch 'Manchmal' ankreuzen.

Kommt es bei Ihnen manchmal plötzlich zu starken Angstanfällen mit körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Atemnot oder Todesangst?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie in bestimmten Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle, zum Beispiel in Menschenmengen, engen Räumen oder öffentlichen Verkehrsmitteln?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Vermeiden Sie solche Orte aus Angst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Fühlen Sie sich oft nervös oder angespannt und machen sich übermäßig viele Sorgen – mehr als andere Menschen? Haben Sie das Gefühl, Ihre Sorgen nur schwer unter Kontrolle zu halten, und befürchten Sie häufig, dass etwas Schlimmes passieren könnte?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie Angst, von anderen verurteilt, kritisiert oder peinlich bewertet zu werden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gibt es Situationen, die Sie deshalb vermeiden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie starke Angst vor bestimmten Situationen oder Dingen (z. B. Tieren, Höhen, Blut)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Vermeiden Sie solche Situationen oder Dinge wegen dieser Angst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft traurig, niedergeschlagen oder hoffnungslos?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt oder tun dies aktuell?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun (z. B. kontrollieren, zählen, waschen)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie schon einmal unter aufdringlichen oder unerwünschten Gedanken gelitten, die nicht zu Ihnen passen oder die Sie eigentlich nicht haben wollen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Leiden Sie häufig unter wechselnden körperlichen Beschwerden, wie z. B. Kopf-, Brust-, Gelenk-, Muskel- oder Bauchschmerzen, Verdauungsproblemen, Herzrasen, Atemnot oder Taubheitsgefühlen? Und wurden für diese Beschwerden von Ärzten bisher keine körperliche Ursache gefunden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie manchmal das Gefühl, neben sich zu stehen oder alles wie im Traum zu erleben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Hören oder sehen Sie Dinge, die andere nicht wahrnehmen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie schon einmal Handlungen unternommen, um Ihr Leben zu beenden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gab es in Ihrer Familie Fälle von Suizid oder Suizidversuchen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

(Optional bei „Ja“) „Falls ja: Wer war betroffen?“

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Andere: _____

Haben Sie schon einmal Dinge gesehen, gehört, gerochen oder gespürt, die andere nicht wahrgenommen haben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Hatten Sie schon einmal feste Überzeugungen, von denen andere sagten, dass sie nicht stimmen (z. B. das Gefühl, verfolgt oder überwacht zu werden, besondere Fähigkeiten zu haben oder eine besondere Bedeutung zu besitzen)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gab es in Ihrem Leben ein stark belastendes oder traumatisches Erlebnis (z. B. Unfall, Gewalt, Missbrauch, Krieg, Naturkatastrophe, plötzlicher Verlust)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

War dieses Erlebnis einmalig oder kam es mehrfach vor?

☐ Einmalig ☐ Mehrfach

Seit diesem Erlebnis: Haben Sie Erinnerungen oder Bilder, die plötzlich auftauchen und sich sehr echt anfühlen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie Alpträume, die mit diesem Erlebnis zu tun haben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Vermeiden Sie bestimmte Orte, Situationen oder Gespräche, um nicht daran erinnert zu werden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Sind Sie seitdem besonders schreckhaft, angespannt oder haben Schwierigkeiten, sich zu entspannen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie in letzter Zeit stark an Gewicht verloren, weil Sie Ihre Nahrungsaufnahme stark eingeschränkt oder verändert haben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie wiederholt Essanfälle, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel essen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Versuchen Sie nach solchen Essanfällen, das Gewicht durch Erbrechen, Abführmittel oder exzessiven Sport zu kontrollieren?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gab es Zeiten, in denen Sie entweder ungewöhnlich fröhlich und voller Energie waren – oder ungewöhnlich schnell genervt, reizbar oder leicht wütend – deutlich mehr als sonst?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Hatten Sie in diesen Phasen mehr Energie als sonst und brauchten deutlich weniger Schlaf, ohne sich müde zu fühlen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Haben Sie in solchen Phasen mehr unüberlegte Entscheidungen getroffen oder sich risikoreicher verhalten als sonst (z. B. hohe Ausgaben, riskante Unternehmungen)?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, neben sich zu stehen oder Ihren Körper von außen zu beobachten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Ihre Umgebung oder Dinge um Sie herum unwirklich oder wie in einem Traum wirken?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Gab es Zeiten, in denen Sie sich an Teile eines Ereignisses oder einer Zeitspanne nicht erinnern konnten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Weitere Anmerkungen oder Beschwerden:

Medizinische Anamnese

1. Konzentrationsprobleme & Erschöpfung

1. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?
☐ Ja, häufig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein
2. Leiden Sie unter starker Müdigkeit oder Antriebslosigkeit?
☐ Ja, täglich ☐ Manchmal ☐ Nein
3. Gibt es Tageszeiten, zu denen Sie sich besonders müde oder unkonzentriert fühlen?
☐ Morgens ☐ Nachmittags ☐ Abends ☐ Variiert

2. Hormonelle & Stoffwechselerkrankungen

4. Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?
☐ Ja, Unterfunktion (Hypothyreose) / Überfunktion (Hyperthyreose) ☐ Nein / nicht bekannt
5. Haben Sie unerklärliche Gewichtsschwankungen?
☐ Ja, Gewichtszunahme ☐ Ja, Gewichtsverlust ☐ Nein
6. Haben Sie kalte Hände oder Füße, obwohl es nicht kalt ist?
☐ Ja ☐ Nein
7. Haben Sie in letzter Zeit Veränderungen in Ihrem Hormonhaushalt bemerkt (z. B. Hitzewallungen, Schlafprobleme, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsprobleme)?
☐ Ja, sehr häufig ☐ Manchmal ☐ Nein
8. Befinden Sie sich in den Wechseljahren oder in einer hormonellen Umstellungsphase?
☐ Ja ☐ Nein

3. Schlafstörungen

9. Haben Sie Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen?
☐ Ja, Einschlafprobleme ☐ Ja, Durchschlafprobleme ☐ Nein
10. Schnarchen Sie laut oder wurde bei Ihnen Schlafapnoe diagnostiziert?
☐ Ja ☐ Nein
11. Fühlen Sie sich trotz ausreichendem Schlaf morgens unausgeruht?
☐ Ja ☐ Nein
12. Haben Sie ein unangenehmes Kribbeln oder Zucken in den Beinen vor dem Einschlafen?
☐ Ja (Restless-Legs-Syndrom möglich) ☐ Nein

4. Nährstoffmängel & Ernährung

13. Wurde bei Ihnen ein Vitamin- oder Eisenmangel festgestellt? (Bitte zutreffendes unterstreichen.)
☐ Ja (Eisenmangel, Vitamin B12-Mangel, Magnesium-/Zinkmangel)
☐ Ja, _____
☐ Nein / nicht untersucht

14. Essen Sie regelmäßig?

☐ Ja, 3 Mahlzeiten täglich ☐ Nein, oft unregelmäßig ☐ Nein, ich vergesse oft zu essen

15. Trinken Sie täglich ausreichend Wasser?

☐ Ja, 1,5 Liter oder mehr ☐ Nein, eher wenig

16. Konsumieren Sie regelmäßig koffeinhaltige Getränke (z. B. Kaffee, Energy-Drinks)?

☐ Ja, täglich ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein

5. Neurologische Erkrankungen & Infektionen

17. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Kopfverletzung oder eine Gehirnerschütterung?

☐ Ja ☐ Nein

18. Hatten Sie in den letzten Jahren eine Borreliose-Infektion nach einem Zeckenbiss?

☐ Ja ☐ Nein

19. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis in letzter Zeit schlechter geworden ist?

☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

20. Haben Sie Schwierigkeiten, Gedanken zu ordnen oder sich an Dinge zu erinnern?

☐ Ja, oft ☐ Manchmal ☐ Nein

6. Medikamente & persönliche Gewohnheiten

21. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z. B. Antidepressiva, Antihistaminika)

☐ Ja, welche? _____
☐ Nein

22. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ Ja, täglich ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein

23. Haben Sie früher oder aktuell Cannabis oder andere Substanzen konsumiert?

☐ Ja, regelmäßig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein

24. Nehmen Sie andere Drogen?

☐ Ja, regelmäßig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein

7. Psychiatrische Vordiagnosen

25. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert?

☐ Ja, welche? _____
☐ Nein

26. Haben Sie psychologische oder psychiatrische Behandlungen in Anspruch genommen? Falls ja, mit welchem Ergebnis?

☐ Ja, welche? _____
☐ Nein

27. Gibt es in Ihrer Familie bekannte Fälle von psychischen Erkrankungen?

☐ Ja, welche? _____
☐ Nein

8. Sonstiges

28. Seit wann bemerken Sie Ihre Symptome?

- ☐ Seit der Kindheit ☐ Seit der Jugend ☐ Erst seit dem Erwachsenenalter
☐ Plötzlicher Beginn

29. In welchen Bereichen treten die Symptome auf? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Beruf / Studium / Ausbildung
☐ Familie und/oder Beziehung
☐ Soziales Umfeld
☐ Freizeit / Hobby
☐ Alltag / Organisation / Finanzen

30. Haben Sie Strategien oder Techniken entwickelt, die Ihnen im Alltag helfen?

- ☐ Ja, welche? _____
☐ Nein

9. Wie stark sind Sie aufgrund Ihrer aktuellen Probleme belastet (*gar nicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark*)?

Ihr Termin in unserer Praxis ist am _____

Bitte bringen Sie an diesem Tag die Krankenversicherungskarte mit.

Wir danken Ihnen herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens!