

## Aufnahme- und Anamnesebogen

### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Ihre Mobil-Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Rentenversicherung \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_ Jahre Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Geschlecht  w  m  d Nationalität \_\_\_\_\_

geboren in  Deutschland  \_\_\_\_\_  Aus-/Übersiedler Jahr \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet seit \_\_\_\_\_

Partnerschaft in fester Partnerschaft lebend?  ja  nein

Größe des Haushaltes Zahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Wenn Ihre Kinder nicht bei Ihnen leben, wo leben sie? \_\_\_\_\_

Leben Sie  zur Miete  im Eigentum und  im Haus  in einer Wohnung

Haupteinkommensquelle  Erwerbstätigkeit  Rente  Krankengeld

Arbeitslosengeld (ALG) I  Unterstützung der Eltern  Unterhalt durch Ehegatten  BaFöG

ALG II / Grundsicherung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Besteht ein Arbeitsvertrag?  ja, seit \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  unbefristet  nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_

Kündigung durch  Arbeitgeber  Patient  Ende des befristeten Vertrags

Jetzige bzw. letzte Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Jetzige/Letzte Berufstätigkeit  Arbeiter/-in  Facharbeiter/-in  selbständige/-r

einf./mittl. Angestellte/-r  höhere/-r Angestellte/-r  einf./mittl. Beamte/-r  höhere/-r Beamte/-r

Azubi, o. Umschüler/-in  Schüler/-in/Student/-in  Hausfrau/-mann  Rentner/-in

ohne Beruf  Sonstiges \_\_\_\_\_

Schichtdienst  nein  ja, in Form von \_\_\_\_\_

Jetziger Erwerbsstatus  voll erwerbstätig  teilzeitbeschäftigt mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden

arbeitslos seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig (krankgeschrieben) seit \_\_\_\_\_ wegen:

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten  keine  unter 3 Monate  3 - 6 Monate  über 6 Monate

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?  nein  ja, wann \_\_\_\_\_ wegen:

Wurde Ihr Rentenanspruch abgelehnt?  ja, wann wegen:

Beabsichtigen Sie, demnächst einen Rentenanspruch zu stellen?  nein  ja, wegen:

Wenn Sie an Ihren jetzigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:

Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?

sicher  eher ja  unsicher  eher nein  auf keinen Fall

Sehen Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand Ihre allgemeine Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?

ja  nein

Schwerbehinderung GdB \_\_\_\_\_ wegen:

seit \_\_\_\_\_ **gleichgestellt**  nein  ja

Beabsichtigen Sie, einen (Verschlimmerungs-)Antrag zu stellen?  nein  ja, wegen:

---

**Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten:**  keine  nur Tage  1 Woche  2 Wochen  4 Wochen  
 6 Wochen  8 Wochen  länger: \_\_\_\_\_ Wochen

Haben Sie aktuell einen ambulanten Psychotherapieplatz?  ja, wie lange dauern die Gespräche? \_\_\_\_\_ Minuten  nein

Wie häufig finden die Psychotherapiegespräche statt?  einmal  wöchentlich  14-tägig  monatlich  anderes \_\_\_\_\_

**Wer hielt diese Rehabilitation für erforderlich?**  ich selbst  mein Behandler  Krankenkasse  Agentur für Arbeit  
 andere: \_\_\_\_\_

**Wurde Ihr jetziger Rehabilitationsantrag zunächst abgelehnt?**  nein  ja, wann \_\_\_\_\_ weil

---

**Haben Sie bereits ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen?**

**früher**  nein  ja: von wann bis wann? \_\_\_\_\_

War diese hilfreich?  ja  nein

**gegenwärtig**  nein  ja: seit wann? \_\_\_\_\_

**Ist diese** hilfreich  ja, wodurch? Was haben Sie erreicht?

---

nein, warum nicht?

---

Falls ja, Anzahl ambulanter Psychotherapiestunden:  bis 5  6 - 25  26 - 160  161 - 300  über 300

**Stationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen?**  nein  ja: von wann bis wann? \_\_\_\_\_

War(en) diese hilfreich?  ja  nein, warum nicht?

**Gab es frühere Rehabilitationen?**  nein  ja: von wann bis wann? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_ aus welchem Grund?

---

Waren diese hilfreich  ja  nein

**Frühere psychiatrische Behandlungen in Krankenhaus oder Tagesklinik?**

nein  ja: wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_ aus welchem Grund?

---

Waren diese hilfreich  ja  nein

**Ambulante neurologische / psychiatrische Behandlung?**

**früher**  nein  ja: von wann bis wann \_\_\_\_\_ hilfreich  ja  nein

**gegenwärtig**  nein  ja: seit wann: \_\_\_\_\_ hilfreich  ja  nein

Andere professionelle Therapien/Hilfen?

---

Waren diese hilfreich?  ja  nein

**Selbsthilfegruppe?**  nein  ja: welche, wann?

**Digitale Gesundheitsanwendung**  nein  ja: welche, wann?

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Bitte bringen Sie gegebenenfalls Ihren aktuellen Medikationsplan mit.**

Medikamente, z. B. „Pille“ Schmerzmittel Blutdruckmittel Abführmittel  Psychopharmaka Schlafmittel Beruhigungsmittel Antidepressiva Andere	Name und Stärke	Einnahme seit	täglich				wie oft wtl. /mtl.?
			Morgens	Mittags	Abends	Nacht	

**Haben Sie früher schon einmal Psychopharmaka eingenommen? Wenn ja, welche, wann, wie lange?**

Name	von	bis	Auswirkung	Beendet weil

**CT/ MRT-Untersuchung des Kopfs**  nein  ja ,wann \_\_\_\_\_

**Schlafmedizinische Untersuchung**  nein  ja ,wann \_\_\_\_\_

**Weitere Untersuchung:**

**Traten bei Ihren Familienmitgliedern (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) Sucht-Erkrankungen, Nervenerkrankungen oder andere psychische Erkrankungen auf? Wenn ja, bitte ausführen:**

**Jetzige Beschwerden (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

	stark	mäßig	kaum	gar nicht	Raum für Notizen
Müdigkeit/Energielosigkeit					
Schwächegefühl					
Rasche Erschöpfbarkeit					
Trübe Gedanken					
Neigung zum Weinen					
Übermäßiges Schlafbedürfnis					
Innere Unruhe oder Gespanntheit					
Angstgefühle					
Grübeleien					
Konzentrationschwäche					
Reizbarkeit					
Kopfschmerzen					
Nacken-/ Schulterschmerzen					
Kreuz-/ Rückenschmerzen					
Gelenk-/ Gliederschmerzen					
Schweregefühl, Müdigkeit in den Beinen					
Unruhe in den Beinen					
Taubheitsgefühl					
Zittern oder inneres Beben					
Gleichgewichtsstörungen					
Herzklopfen oder unregelmäßiger Puls					
Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust					
Schwindelgefühl					
Ohnmacht					
Starkes Schwitzen					
Kalte Füße					
Überempfindlichkeit gegen Wärme					
Überempfindlichkeit gegen Kälte					
Frieren / Frösteln					
Hitzewallungen / Aufsteigende Hitze					
Anfallsweise Atemnot					
Erstickungsgefühl					
Kloßgefühl im Hals					
Schluckbeschwerden					
Schluckauf					
Übelkeit					
Erbrechen					
Saures Aufstoßen					
Druck- oder Völlegefühl im Leib					
Leibschmerzen (auch Magen, Unterleib)					
Verstopfung					
Regelbeschwerden					
Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit					
Leichtes Erröten					

**Wie lange leiden Sie schon an den Hauptbeschwerden?**

- bis 1 Jahr   
  2 Jahre   
  5 Jahre   
  10 Jahre   
  15 Jahre   
  länger als 15 Jahre

**Raum für weitere Angaben (z. B. sonstige Beschwerden)**

**Appetit**     unverändert     vermehrt     vermindert seit \_\_\_\_\_     regelmäßige Mahlzeiten

Heißhungerattacken     Fehlernährung

**Körpergewicht**     gleichbleibend     Zunahme um \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_     Abnahme um \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_\_

**Beschwerden beim Stuhlgang**     nein     ja    **beim Wasserlassen**     nein     ja

**Schlaf:**     erholsam     nicht erholsam     ungestört     Einschlafstörungen     Durchschlafstörungen

Ergänzungen: \_\_\_\_\_

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit  nein  ja

Sport  nein  ja \_\_\_\_\_

Nikotin  nein  ja \_\_\_\_\_

Alkohol  regelmäßig  häufig  gelegentlich  selten  nie

## Erkrankungen

Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Jahr angeben)

	ja	im Jahr	Raum für Notizen
Herzkrankheiten			
Schlaganfall/Lähmungen			
Thrombose / Embolie			
Migräne			
Hoher Blutdruck			
Zuckerkrankheit (Diabetes)			
Fettstoffwechselstörung			
Gicht			
Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule			
Knochenbrüche/Unfälle			
Arbeitsunfälle			
Operationen			
Grüner Star (Glaukom)			
HNO-Erkrankung / Tinnitus			
Schilddrüsenerkrankung			
Lungen-/Bronchialerkrankung			
Asthma/ Heuschnupfen/ Allergie			
Magen-/Darmerkrankungen			
Leber-/Gallenerkrankungen			
Nieren-/Blasenerkrankung			
Haut-/Geschlechtskrankheiten			
Gynäkolog./Prostata-Erkrankung			
Letzte Krebsfrüherkennung?			
Epilepsie			
Essstörung (Magersucht/Bulimie/Heißhunger)			
Alkohol-Abhängigkeit			
Medikamenten-Abhängigkeit			
Drogen-Abhängigkeit			
Psychische Erkrankung			
Selbstverletzendes Verhalten			
Suizidversuch			

**Andere Erkrankungen, welches Jahr?**

---

**Aktuelle Beschwerden und Episoden gewünschten Erlebens**

**Was sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden? Was möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen?**

---

**Wann begannen und wie verliefen Ihre jetzigen Beschwerden?**

---

**Wie werden Sie durch diese Beschwerden beeinträchtigt ...**

im Beruf:

---

Zuhause:

---

in der Freizeit (Hobbies, Kontakte):

---

**Wann, zu welchen Zeiten in welchen Situationen bemerken Sie von Ihnen gewünschtes körperliches oder psychisches Erleben? Wann geht es Ihnen besser? Wann bemerken Sie Ausnahmen?**

---

**Familiäre Entwicklung, Partnerschaften/Ehe, Freundschaften, Hobbies**

**Hatten Sie in der Kindheit folgende Störungen?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen (Stottern, Stammeln, Lispeln) | <input type="checkbox"/> Dunkelangst                 |
| <input type="checkbox"/> schreckhaftes Erwachen in der Nacht           | <input type="checkbox"/> Bettnässen                  |
| <input type="checkbox"/> Schlafwandeln                                 | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen              |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen                                    | <input type="checkbox"/> Schulerbrechen              |
| <input type="checkbox"/> Angstanfälle                                  | <input type="checkbox"/> Essstörungen                |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge                                | <input type="checkbox"/> Asthma                      |
| <input type="checkbox"/> Fortlaufen von Zuhause                        | <input type="checkbox"/> andere Schulschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                                 |  |

**Welche Berufe haben / hatten Ihre Eltern?**

---

**Welche Entwicklungen erwarteten Ihre Eltern von Ihnen?**

---

**Fühl(t)en Sie sich von Ihren Eltern/Bezugspersonen akzeptiert? Von welchen Bedingungen war die Anerkennung abhängig?**

---

**Gab es Mottos, Werte, Lebensphilosophien, die Ihre Eltern/Bezugspersonen vermittelt haben und sind diese heute noch wichtig?**

---

**Wie und von wem wurden Sie in der Kindheit bestraft? Wie und durch wen wurden Sie unterstützt?**

---

**In welcher häuslichen Atmosphäre sind Sie aufgewachsen?**

---

**Haben Sie Geschwister?**  nein  wenn ja, wie viele (Altersabstand, jünger/ älter)

---

**Wie beschreiben Sie das Verhältnis zu den Geschwistern?**

**Früher**

---

**Heute**

---

**Partnerschaft: Beschreiben Sie Ihren jetzigen bzw. letzten Partner (Alter, Beruf, Eigenschaften):**

**Falls Partnerschaft: In welchen Punkten passen Sie gut zusammen / haben Sie gut zusammengepasst , in welchen nicht?**

---

**Eigene Kinder**  nein  wenn ja, wie viele \_\_\_\_\_ Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
Beruf der Kinder

---

Enkelkinder  wenn ja, wie viele \_\_\_\_\_ Alter der Enkel-Kinder: \_\_\_\_\_

**Wie sind Ihre aktuellen sozialen Kontakte? (Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen)**  
**Welche Kontakte erleben Sie als hilfreich und unterstützend, welche weniger?**

---

**Wie verliefen frühere Freundschaften/Partnerschaften/Ehen?**

---

**Welche Interessen/Hobbies hatten Sie /haben Sie jetzt? Woraus schöpfen Sie Kraft?**

---

**Sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv?**

ja in welcher Weise und wie häufig?

---

nein waren Sie körperlich aktiv? Wenn ja, wie, bis wann und wie häufig?

---

**Welche Erfahrungen haben Sie bei Ihrer körperlichen Aktivität gemacht?**

---

**Gibt es finanzielle Belastungen?**

---

### **Schulischer und beruflicher Werdegang**

- Höchster Schulabschluss**     noch in der Schule     Sonderschule     Hauptschule  
    Realschule / Mittl.-Reife     Abitur/Fachhochschulreife     ohne Abschluss
- Höchster Berufsabschluss**     noch nicht     Lehre     Meister  
    Fachhochschule     Universität     ohne

**Gab es Störungen/Abbrüche in der Schule?**

---

**oder Berufsausbildung?**

---

**Gab es eine Umschulung**     nein     wenn ja, wann \_\_\_\_\_ warum \_\_\_\_\_ welcher Art

---

**Wie viel Zeit und welche Verkehrsmittel brauchen Sie für den Arbeitsweg?**

---

**Was ist Ihre genaue Aufgabe und Stellung am Arbeitsplatz?**

---

**Stellt die Arbeit hohe Anforderungen an Sie?**

---

**Befriedigt Sie Ihre Tätigkeit?**  ja     nein, was stört?

---

**Gibt es Konflikte im Arbeitsklima?**  nein     ja: welche?

---

**Welche Fähigkeit bräuchten Sie (wieder), um an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu können um am beruflichen Leben wieder teilnehmen zu können?**

---

**Welche beruflichen Ziele haben Sie?**

---

**Gibt es angsterregende oder schmerzliche Erlebnisse Ihres Lebens, die bisher noch nicht erwähnt worden?**

---

**Gab es in der letzten Zeit Änderungen Ihrer Lebensumstände (z. B. Erkrankungen, Trennungen, Verluste, finanzielle Schwierigkeiten)?**

---

**Versuchen Sie doch einmal, sich selbst zu beschreiben:**

---

**Wenn Sie sich mit den Augen Ihrer besten Freundin / Ihres besten Freundes sehen könnten, wie würde diese(r) Sie beschreiben?**

---

**Wenn Sie jetzt noch einmal alles überdenken, was Sie bisher erfahren haben, welches sind Ihrer Meinung nach Ihre *Hauptschwierigkeiten*?**

---

**Wann bemerken Sie Ausnahmen von diesen Beschwerden?**

---

**Wie ist Ihrer Meinung nach Ihre Erkrankung zustande gekommen oder zu erklären**

---

## Ressourcen

**Was soll sich während des stationären Aufenthalts nicht ändern, weil Sie es jetzt schon als wertvoll und hilfreich erleben? Was finden Sie gut an sich? Was macht Ihnen Freude? Was sind Ihre Kraftquellen?**

---

**Welche Wünsche haben Sie an den stationären Aufenthalt und an das Behandlungsteam/ uns?  
Gibt es Ihrerseits Befürchtungen oder Sorgen?**

---

**Wofür würden Sie den Aufenthalt gern nutzen?**

---

Sehr häufig berichten Patienten zu Beginn der stationären Psychotherapie, dass auch schon in der Zeit, nachdem sie diesen Fragebogen bearbeitet haben, bis zum Beginn unserer Zusammenarbeit hier, oft spontan und für sie selbst überraschend, da und dort, schon einmal etwas von dem von Ihnen gewünschten Erleben aufgetaucht ist.

Das ist ganz natürlich und normal, denn Menschen verfügen über viele hilfreiche Muster, die ihnen manchmal gar nicht klar sind, die aber manchmal spontan auftauchen.

Gerade solche Erfahrungen können für unsere Zusammenarbeit enorm nützlich sein, denn sie weisen auf hilfreiche Fähigkeiten in ihnen hin, die sie auch hier für eine erfolgreiche Zusammenarbeit unterstützen können. Sie sind deshalb für uns wichtige hilfreiche Informationsquellen.

Deshalb möchten wir Sie bitten, **sich und ihr Umfeld bis zum Beginn unserer Zusammenarbeit einfach einmal darauf hin zu beobachten, ob und, wenn ja, wann solche Erfahrungen auftreten können.** Dabei sind auch kleine Änderungen in die gewünschte Richtung von großer Bedeutung, auch dann, wenn sie noch nicht anhaltend wirksam sind. Denn sie weisen auf hilfreiche Fähigkeiten in ihnen hin, auf denen wir gemeinsam aufbauen können. Wir werden im Verlauf unserer Zusammenarbeit zusammen mit Ihnen darauf dann weiter eingehen. (nach G. Schmidt in Beratung und Therapie optimal vorbereiten, M. Prior)