



## Anamnesebogen für Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe zu Hause aus. Er soll Ihnen Gelegenheit geben, mir über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von sich und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen beantworten, ermöglichen Sie mir eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern uns sogleich die therapeutische Zusammenarbeit. Leider können Sie den Bogen aus technischen Gründen nicht am PC ausfüllen.

Gerne können Sie weitere Informationen hinzufügen. Ihre Angaben sind durch meine Schweigepflicht und die DSGVO geschützt. Fragen oder Unklarheiten können wir gerne persönlich besprechen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, lassen Sie sie einfach aus.

Vorname und Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Ihre Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon und Email: \_\_\_\_\_

1.) Bei wem sind Sie zurzeit in Behandlung (ÄrztInnen, TherapeutInnen)?

---

---

---

2.) Gab es Aufenthalte in psychosomatischen oder psychiatrischen Krankenhäusern? Ja  Nein

3.) Was ist der Grund Ihres Besuchs?

---

---

---

4.) Welche Eigenschaften gefallen Ihnen an sich selbst am meisten?

---

---



---

5.) Was können Sie besonders gut und/oder womit beschäftigen Sie sich besonders gerne?

---

---

---

6.) Schildern Sie bitte die Geschichte und die Entwicklung Ihrer Probleme (vom Beginn bis heute).

---

---

---

---

7.) Wie häufig treten diese Probleme auf? \_\_\_\_\_

8.) Welche Folgen haben die Probleme für Sie und andere Personen? \_\_\_\_\_

---

---

9.) Gibt es Zeiten/Situationen, in denen Ihre Probleme nicht oder weniger stark auftreten? Was hilft? \_\_\_\_\_

---

---

---

10.) Als wie schwer schätzen Sie Ihr Problem auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 10 (schlimmer geht es nicht) ein? \_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11.) Haben Sie sich bereits Hilfe geholt? Ja  Nein

Wenn ja, wie und bei wem? \_\_\_\_\_

12.) Ihr Familienstand ist ledig  verheiratet  zusammenlebend  seit \_\_\_\_\_ (Jahreszahl)

verheiratet und getrennt lebend  seit \_\_\_\_\_ (Jahreszahl) geschieden  verwitwet  seit \_\_\_\_\_ (Jah-

reszahl) wieder verheiratet  seit \_\_\_\_\_ (Jahreszahl) feste Beziehung  zeitweilige Beziehung



13.) Haben Sie Kinder? Ja  Nein

Wenn ja, wie heißen sie und wann wurden sie geboren? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.) Welches ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss? Kein Schulabschluss  Sonderschulabschluss

Hauptschul-/Volksschulabschluss  Realschul-/Oberschulabschluss  (Fach-)Abitur

Hochschulabschluss  anderer Schulabschluss  \_\_\_\_\_

15.) Welchen Beruf haben Sie erlernt? \_\_\_\_\_

16.) Welchen Beruf üben Sie aktuell aus? \_\_\_\_\_

17.) Gab es Studiengang- oder Berufswechsel? Ja  Nein

18.) Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation/Ausbildung/Studium zufrieden? Ja  Nein

19.) Sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden? Ja  Nein

20.) Wie ist Ihre Wohnsituation (allein- oder zusammenlebend mit wem?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21.) Sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden? Ja  Nein

22.) Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen? Ja  Nein

23.) Wann wurden Ihre Eltern geboren, wann sind sie ggf. verstorben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24.) Wie wurden Sie am ehesten erzogen? Autoritär  kooperativ  anti-autoritär  eher gar nicht

Anmerkungen \_\_\_\_\_

25.) Mit wie vielen Geschwistern sind Sie aufgewachsen? Und an welcher Stelle in der Geschwisterreihe stehen Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



26.) Wer waren die Vertrauenspersonen in Ihrer Kindheit? \_\_\_\_\_

27.) Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihrer Familie (Eltern und Geschwister) früher und heute beschreiben?

---

---

---

28.) Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Erkrankung (auch Suchtprobleme) oder anderen schweren Krankheit leiden? Ja  Nein

Wenn ja, wer und unter welchen? \_\_\_\_\_

---

29.) Wie war Ihr Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle) während Ihrer Kindheit und Jugend?

---

---

30.) Was trifft auf Ihre Kindheit zu?

Unbeschwerte Kindheit  glückliche Kindheit  unglückliche Kindheit  Schnellentwickler  Hochleistung   
Alpträume  Bettnässen  Ein-/Durchschlafprobleme  Daumen lutschen  Sprach-/Sprechstörungen   
(grob-, fein-) motorische Probleme  Tics  Depressionen  Ängste oder Phobien  Trennungsangst   
Konzentrationsprobleme  motorische Unruhe  Schulschwierigkeiten  soziales Anecken  Missbrauchs-  
oder Misshandlungserfahrungen  andere traumatische Erlebnisse  anderes \_\_\_\_\_

---

31.) Haben/hatten Sie selbst schwere Krankheiten und/oder Suchtprobleme? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

32.) Denken Sie manchmal an Suizid oder haben Sie bereits versucht, sich das Leben zu nehmen? Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

---

---

33.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



34.) Wie verbringen Sie am liebsten Ihre Freizeit? \_\_\_\_\_

35.) Was tut Ihnen besonders gut? \_\_\_\_\_

36.) Wer tut Ihnen besonders gut? \_\_\_\_\_

37.) Wieviel Zeit verbringen Sie täglich mit Medien? (TV, Laptop, Handy, Playstation etc.) und womit verbringen Sie diese Zeit (z.B. Arbeit, Soziale Medien, Chatten, Spiele, Filme, Serien)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38.) Treiben Sie Sport? Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

39.) Was möchten Sie mir noch mitteilen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ausdauer!

Bitte mailen Sie mir Fragebogen vor unserem ersten Gespräch zu (z.B. Handyfotos), wenn Sie mit einer unverschlüsselten Übersendung einverstanden sind oder senden Sie ihn mit der Post. Danke!

**Mail: [ameli.bode@musiktherapie.de](mailto:ameli.bode@musiktherapie.de), Adresse: Therapeutische Praxis Ameli Bode, Voßstraße 23, 30161 Hannover**