

**Aufzeichnungen zur biographischen Anamnese**

Dieser Fragebogen soll Ihrem Therapeuten helfen, Sie näher kennenzulernen und sich in Ihre Probleme und Situation hineinzusetzen.

Ihre Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich und unterliegender ärztlichen Schweigepflicht. Dritte bekommen keine Einsicht in diese Aufzeichnungen.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Tel: Privat:** \_\_\_\_\_ **dienstl.:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse: (Name und Adresse)** \_\_\_\_\_

**Schulabschluss (Hauptschule, Realschulabschluss, Abitur, Fachhochschule, Universität o.ä.)**

**Berufstätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Erlerner Beruf:** \_\_\_\_\_

**Ausgeübter Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**    led.    verh.    verwitw.    gesch.    getr.lebend    wieder verheir.

**Vorname des Partners:** \_\_\_\_\_

**Namen und Alter der Kinder (aus welcher Beziehung?)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Vorerfahrung mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?**  
**(Welche, wie viele Sitzungen mit welchem Erfolg?)**

**! Bitte beachten: Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie bitte vorab mit dem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.**

**Bennen Sie Ihr Problem:**

**Wann und wie hat es angefangen?**

**Beschreiben Sie Ihr Problem:**

**Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder schwächer?**

**Worauf führen Sie das Problem zurück?**

**Was wird durch das Problem/ die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert?**

**Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?**

**Wozu zwingt sie das Problem/ die Krankheit?**

**Wie reagiert die Umwelt auf Ihr Problem?**

**Welche Folgen hat das Problem für Sie?**

**Wie verhalten Sie sich in der Problemsituation?**

**Diagnosen:**

**Eigene Lösungsversuche, Vorbehandlungen, frühere Therapeuten**  
**Wann, bei wem, Zeitraum, Dauer, Erfolg, ambulant, stationär?**

**Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.), Alkoholskonsum:**

**Dosierung, Dauer:**

**Frühere Krankheiten und deren Folgen:**

**Aktuell körperliche Beschwerden, ggf.im Zusammenhang mit Ihrem Problem?**

**Wann fühlten Sie sich zuletzt gesund und stabil?**

**Behandlungsziel:**

**Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?**

**Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?**

**Welche Verhaltens-Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstils würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?**

Überlegen Sie sich bitte konkrete Situationen, in denen Sie sich unmittelbar nach der Behandlung davon überzeugen können, dass ihr Problem nicht mehr besteht bzw. deutlich vermindert ist.

Beispiele: bei Platzangst oder Angst in Menschenmengen: sich engen Räumen und /oder einer Menschenansammlung aussetzen, z.B. in einem Kaufhaus

Panik beim Autofahren: Fahrt mit dem PKW alleine durch die Stadt oder auf der Autobahn.

Es sollten reale Situationen sein, die Sie vorher nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten bewältigen konnten. Diese Tests sollten möglichst schon im Anschluss an die Sitzung durchführbar sein.

**Testsituation:**

**Ganz konkret !**

**Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie kurzfristig tun?**

**Welche Dinge, von denen Sie wissen, dass sie Ihnen helfen werden, sollten Sie langfristig tun?**



**Wie hat sich Ihre Mutter Ihnen gegenüber verhalten?**

**Welche Einstellung hat sie zu Ihnen?**

**Welche Beziehung haben Sie zu Ihrem Vater?**

**Früher:**

**Jetzt:**

**Wie hat sich Ihr Vater Ihnen gegenüber verhalten?**

**Welche Einstellung hat er zu Ihnen?**

**Welche Beziehung haben Sie zu Ihren Geschwistern?**

**Früher:**

**Jetzt:**

**Wie haben sich Ihre Geschwister Ihnen gegenüber verhalten?**

**Welche Einstellung habe sie zu Ihnen?**

**Inwiefern habe sich Ihre Eltern Ihnen gegenüber anders verhalten als gegenüber Ihren Geschwistern?**

**Welche Bindung besteht in Bezug auf Ihre Eltern?**

**Versuchen Sie die Atmosphäre Ihres Elternhauses (d.h. wo Sie aufgewachsen sind zu schildern).**

**Fühlten Sie sich bei Ihren Eltern geborgen? Konnten Sie Ihre Sorgen mit ihnen besprechen?**

**Wie sind Ihre Eltern miteinander ausgekommen?**

**Gab es außer Ihren Eltern noch andere wichtige Bezugspersonen (z.B. Tante, Onkel, Großeltern...?)**

**Verhaltensprobleme (Schüchternheit, Kontaktprobleme, Sexualität...) während der Schulzeit, Schulprobleme....?**

**Angsterlebnisse während der Kindheit und Jugend?**

**Glückliche Erlebnisse in Kindheit und Jugend?**

**Jetzige Berufssituation (Stress, Freude, Beziehung zu Kollegen und Vorgesetzten)?**

**Jetzige Wirtschaftliche Situation? Gut, ausreichend, schlecht?**

**Haben Sie Schwierigkeiten andere Menschen kennenzulernen? Wenn ja, was fällt Ihnen dabei schwer?**

**Welche Schwierigkeiten haben Sie, Ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen?**

**Haben Sie Schwierigkeiten Beziehungen aufrecht zu erhalten?**

**Haben Sie Freunde mit denen Sie persönliche Dinge besprechen können?**



**Was möchten Sie in Ihren Beziehungen zu andern Menschen verändern?**

**Welches sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?**

**Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?** (gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg....)

**Ihr größtes Hobby/größte Leidenschaft?**

**Wie ist Ihr Verhältnis zur Religion? Glauben Sie an eine höhere Kraft?**

**Partner/Ehepartner:**

**Name:**

**Alter:**

**Beruf:**

**Seit wann kennen sie Ihren Partner, Ehepartner?**

**Seit wann leben sie zusammen?**

**In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut mit ihrem Partner?**

**Welche Schwierigkeiten haben sie miteinander?**

**Was war an evtl. früheren Beziehungen befriedigend bzw. unbefriedigend und warum?**

**Wie kommen Sie mit Ihren Kindern und Ihrer Familie zurecht?**

**Wie erleben Sie Sexualität und Zärtlichkeit?**

**In welchem Alter hatten sie Ihre erste heterosexuelle Erfahrung?**

**Probleme im sexuellen Bereich (Ängste, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden, abweichendes Sexualverhalten)?**

**Gibt es noch wichtige Dinge die bisher nicht angesprochen wurden?**