

# Anamnesebogen

Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, melden Sie sich bitte:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Gewünschte Anrede:

Herr + Nachname  Frau + Nachname

Vorname + Nachname

Nur Nachname  Nur Vorname

Gewünschte Pronomen: \_\_\_\_\_

Erste Sprache: \_\_\_\_\_ Zweite Sprache: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Therapie möglich an folgenden Tagen und Zeiten:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind sie versichert? : \_\_\_\_\_

z.B. Gesetzlich, privat, beihilfeberechtigt, Unfallversicherung,  
Selbstzahler\*in

## Ambulante oder stationäre Psychotherapien

Waren Sie bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen  
Behandlung?

Von: \_\_\_\_\_

Dieser Anamnesebogen wird kostenlos zur Verfügung gestellt von Queermed Deutschland. Stand Q2 / 2024

Bis: \_\_\_\_\_

Therapeutisches Verfahren: \_\_\_\_\_

Regulär beendet? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Vorzeitig abgebrochen? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

## Persönliche Gesundheitsanamnese

Welches Geschlecht ist für Sie das passendste? (Geschlechtsidentität)?

Oder: mit welchem Geschlecht identifizieren Sie sich?

Ich bin...

weiblich  männlich  nicht-binär  möchte ich nicht sagen  \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer hormonellen Erkrankung?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

z.B. Schilddrüsenerkrankung wie Hashimoto, Schilddrüsen Unter- oder Überfunktion

Bluthochdruck  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankungen, Diabetes, Durchblutungsstörung, Lungenerkrankung usw.)

Nein

Ja, und zwar folgende : \_\_\_\_\_

Operationen/ Unfälle  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel pro Tag / Woche: \_\_\_\_\_

Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel ca. pro Woche / Monat: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig sonstige Substanzen?

Nein  Ja

Wenn ja, wie viel und was: \_\_\_\_\_

Wie viel Stunden schlafen Sie ca. pro Nacht? \_\_\_\_\_

Schlafen Sie deutlich mehr oder weniger als üblich?

Weniger  Mehr

Haben Sie Durchschlafprobleme?

Nein  Ja

Leiden Sie unter regelmäßigen Alpträumen?

Nein  Ja

Bestehen Abhängigkeiten?  Nein  Ja

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

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Nein  zugenommen  abgenommen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

## **Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie psychische oder psychiatrische Krankheiten bekannt?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie ihre Eltern jeweils mit 3 Begriffen und geben Sie das jeweilige Alter an:

---

---

---

Haben Sie Geschwister?  Nein  Ja

Wenn ja, geben Sie das jeweilige Alter an und beschreiben Sie diese jeweils mit 3 Begriffen:

---

---

---

## Sozialanamnese

Haben Sie Kinder?:  Nein  Ja

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie alt? \_\_\_\_\_

Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht

liegt bei mir

liegt beim anderen Elternteil

Wohnsituation:

Ich lebe alleine  Ja  Nein

Wenn nein, wer lebt mit Ihnen zusammen:

Dieser Anamnesebogen wird kostenlos zur Verfügung gestellt von Queermed Deutschland. Stand Q2 / 2024

---

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?  Nein  Ja

Wenn ja, in welchen Bereichen: \_\_\_\_\_

Sport (was & wie oft in der Woche / Monat ?)

---

Haben Sie Ausgrenzungs- oder Mobbing Erfahrungen gemacht?

Ja  Nein

Wenn ja, wo:

---

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie hier noch mitteilen möchten?

---

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_