



NAME _____ VORNAME _____ DATUM _____

Welche Beschwerden führen Sie zu mir? (Stichworte)

Hatten Sie in Ihrem Leben bereits seelische Symptome?

- Depression, wann: _____ Angst, wann: _____ Suizidgedanken, wann: _____
 Selbstverletzung, wann: _____ Essstörungen, wann: _____

Gab es bereits Behandlungen bei anderen Psychiatern oder Psychotherapeuten?

ARZT, ORT _____ DAUER _____ JAHR _____

ARZT, ORT _____ DAUER _____ JAHR _____

Welche Medikamente wurden bereits eingesetzt? (Name, Dosis, Zeitraum)

MEDIKAMENT _____ DOSIS _____ ZEITRAUM _____

MEDIKAMENT _____ DOSIS _____ ZEITRAUM _____

MEDIKAMENT _____ DOSIS _____ ZEITRAUM _____

Gab es diesbezüglich Klinik- oder Kuraufenthalte? (wann? wo? wie lange?) Bitte Vorbefunde mitbringen.

Bestand regelmäßiger Drogenkonsum? Wann? Welche Substanz? Wie lange?

Bestand ein erhöhter Alkoholkonsum oder eine Alkoholabhängigkeit? Wann? Wie lange? Gab es eine Langzeit-Therapie?

Gab es in Ihrem bisherigen Leben schwere Krankheiten, Operationen oder Unfälle? (wann? was?)

Gibt es in der Familie psychische Erkrankungen?

- Depressionen, wer: _____ Ängste, wer: _____ Suizide, wer: _____
 Suchterkrankungen, wer: _____ Bipolare Störung, wer: _____



Private Angaben zu Partnerschaft: verheiratet ledig geschieden verwitwet getrennt lebend

Welchen Beruf übt Ihr*e Partner*in aus: _____

Kinder (in welchem Jahr geboren)

Gibt es Belastungen in der Familie? (z.B. finanzielle Sorgen, chronischen Streit)

Gab es in den letzten fünf Jahren biografische Belastungen? (Todesfälle o.Ä.)

Wie sind Sie aufgewachsen? Mit beiden Eltern Nur bei der Mutter nur beim Vater bei Anderen

Notieren Sie bitte kurz Ihren schulischen und beruflichen Werdegang (Kindergarten? Schule?)

Angaben zu Eltern und Geschwistern (Geburtsjahre, Beruf, Verhältnis gut oder belastet?)

Kreuzen Sie bitte an, was auf Ihre Kindheit zutrifft:

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich war ein unerwünschtes Kind | <input type="checkbox"/> fühlte mich unverstanden | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> schüchtern |
| <input type="checkbox"/> gegenüber Geschwistern benachteiligt | <input type="checkbox"/> Stottern | <input type="checkbox"/> Bettnässen | |
| <input type="checkbox"/> bekam zu wenig erlaubt | <input type="checkbox"/> war zu sehr umsorgt | <input type="checkbox"/> war viel krank | |
| <input type="checkbox"/> wurde sexuell missbraucht | <input type="checkbox"/> wurde viel geschlagen | <input type="checkbox"/> hatte Angst um die Ehe meiner Eltern | |

Welche angenehmen Erinnerungen an die Kindheit haben Sie?

Welche sind unangenehme Erinnerungen für Sie?

