



Anamnesebogen für Erwachsene®
Dr.med. R. Meyers

Vorstellungstermin: am _____ um _____ Uhr

bei Dr. Meyers

Name des Patienten: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Wohnort: (_____) _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Höchster erreichter Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____ ausgeübter Beruf: _____

Körpergröße ____ cm Gewicht ____ kg Hausarzt _____

Für eine erfolgreiche Beratung erscheint uns eine große Zahl von Informationen notwendig. Wir wären Ihnen daher für eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen dankbar.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Wir bestätigen die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben.

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Daten gemäß DS-GVO gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Ort Datum

Unterschrift des Patienten

FAMILIENVERHÄLTNISSE

Familiäre Verhältnisse: mit **wem** lebt der Patient zusammen (bitte einkreisen):

Alleine, Partner/in, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, Mutter, Vater, Stiefmutter, Stiefvater, Pflegeeltern, Adoptiveltern, lebt in Wohngruppe

seit _____

Falls Geschwister vorhanden, bitte
Geschlecht u. Alter angeben

1. _____

2. _____

3. _____

Aktuelle SYMPTOMATIK

bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	habe oft Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen
<input type="checkbox"/>	eifersüchtig	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	sensibel	<input type="checkbox"/>	andere wiederkehrende Beschwerden
<input type="checkbox"/>	schnell ermüdbar	<input type="checkbox"/>	häufig krank
<input type="checkbox"/>	schüchtern	<input type="checkbox"/>	nehme Drogen, Alkohol, Zigaretten
<input type="checkbox"/>	habe wenig Energie	<input type="checkbox"/>	habe motorische oder sprachliche Probleme
<input type="checkbox"/>	leide an Panikattacken	<input type="checkbox"/>	habe behandlungsbedürftige Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	bin unselbständig	<input type="checkbox"/>	esse zu viel
<input type="checkbox"/>	bin schnell erregbar	<input type="checkbox"/>	esse schlecht
<input type="checkbox"/>	bin sehr passiv	<input type="checkbox"/>	schlafe schlecht
<input type="checkbox"/>	neige zur Prokrastination	<input type="checkbox"/>	schnell abgelenkt
<input type="checkbox"/>	leide unter Alpträumen	<input type="checkbox"/>	verträumt
<input type="checkbox"/>	oft traurig, weine ohne Grund	<input type="checkbox"/>	schnell reizüberflutet
<input type="checkbox"/>	habe Probleme in Gruppen	<input type="checkbox"/>	vergesslich
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nervös, zappelig, unruhig

Andere Verhaltensauffälligkeiten oder Probleme:

Was gefällt Ihnen an sich selbst besonders?

Welche besonderen **Interessen, Neigungen** und

Fähigkeiten haben Sie?

Haben Sie sich wegen des augenblicklichen Problems schon einmal an eine andere Stelle gewandt? nein ja

	Bei wem?	Name der Einrichtung	Wann? von - bis
	Beratungsstelle		
	Arzt		
	Psychologe		
	Klinik / Tagesklinik		
	andere Stellen:		

Welche Maßnahmen wurden von diesen anderen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
(Mit welchem Erfolg?):

Wie haben Sie bisher auf ihr problematisches Verhalten reagiert?
Welche **Maßnahmen** haben Sie angewendet, um dieses Verhalten zu verändern?

Haben Sie bestimmte **Erwartungen** oder **Vorstellungen**, wie man in Zukunft auf das Verhalten Einfluss nehmen könnte?
