

# Biographischer Anamnesebogen

## Bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen:

Mit diesem Fragebogen sollen wichtige Informationen über Ihre Beschwerden und Ihre Lebensgeschichte gesammelt werden, die bisher noch nicht besprochen wurden. Ihre Auskunft hilft dabei, Ihre psychotherapeutische Behandlung vorzubereiten [REDACTED] Die Antworten sind wichtig, damit Ihre Behandlung gut geplant und durchgeführt werden kann.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ausführlich wie möglich. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich ist und Sie darauf nicht antworten möchten, können Sie die Frage ganz einfach durchstreichen.

**Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.**

## Allgemeine Informationen und aktuelle Lebenssituation

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeführte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Derzeit bin ich:  arbeitslos  berentet  berufstätig  krankgeschrieben seit: \_\_\_\_\_

Wenn berufstätig:  angestellt  beamtet  selbstständig

Familienstand:  ledig  verlobt  verheiratet  in Trennung lebend  
 geschieden  verwitwet  wiederverheiratet seit: \_\_\_\_\_

Alle Personen, die aktuell in Ihrem Haushalt leben (ohne Nachnamen): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Allgemeine Informationen und aktuelle Lebenssituation

So wohnen Sie aktuell:  Eigenheim  Miethaus  Mietwohnung  
 anders: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen:

Sind Sie mit ihrer Wohnsituation zufrieden?  ja  nein

Haben Sie freundlichen Kontakt zu Ihrer Nachbarschaft?  ja  nein

Wohnen Familienangehörige oder Bekannte in Ihrer Nähe?  ja  nein

Wie oft sind Sie in Ihrem Leben umgezogen? Insgesamt \_\_\_\_\_ Mal in \_\_\_\_\_ Jahren

Sind Sie Mitglied in einem Verein oder einem Verbund? Wenn ja, in welchem? \_\_\_\_\_

Haben Sie Hobbys oder Interessen?  ja  nein

Welche Hobbys oder Interessen haben Sie? \_\_\_\_\_

Fahren Sie regelmäßig in den Urlaub?  ja  nein

Machen Sie regelmäßig Sport?  ja  nein

Welchen Sport machen Sie und wie oft kommen Sie dazu? \_\_\_\_\_

Nutzen Sie soziale Medien?  ja  nein

Welche soziale Medien nutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich vor einem Bildschirm?

Smartphone: \_\_\_\_\_ Stunden Computer: \_\_\_\_\_ Stunden

Fernseher: \_\_\_\_\_ Stunden Andere Geräte: \_\_\_\_\_ Stunden



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Beschreiben Sie kurz die Beschwerden und Probleme, wegen derer Sie psychotherapeutische Unterstützung suchen, und seit wann diese bestehen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was führt dazu, dass Sie gerade jetzt therapeutische Hilfe oder Beratung suchen? Gibt es einen aktuellen Anlass, eine akute Beschwerde oder Probleme in Ihrem sozialen Umfeld?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Beschreiben (oder skizzieren) Sie den Verlauf Ihrer Beschwerden in den letzten Wochen, Monaten oder Jahren.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Welche Erklärung haben Sie für Ihre Beschwerden?

---

---

---

---

---

---

---

Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um mit Ihren Beschwerden umzugehen?

---

---

---

---

---

---

---

Wobei behindert Sie das Problem oder die mit dem Problem verbundenen Beschwerden?

---

---

---

---

---

---

---

Wie reagiert Ihr soziales Umfeld (Partner\*in, Familie, Arbeitskolleg\*innen) auf Ihr Problem oder Ihre Beschwerden?

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Falls Sie bereits wegen psychischer Probleme behandelt wurden, geben Sie dies bitte hier an:

Zeitpunkt	Grund der Behandlung, ggf. Diagnose falls bekannt	Behandelnde Person	Ihre Erfahrungen

Falls Sie Medikamente gegen Ihre psychischen Beschwerden einnehmen, geben Sie diese bitte hier an:

---

---

---

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

Ich trinke Alkohol

Häufigkeit und Menge: \_\_\_\_\_

Ich rauche Zigaretten oder Ähnliches

Tägliche Menge: \_\_\_\_\_

Ich konsumiere derzeit weitere Drogen

Welche Drogen? \_\_\_\_\_

Häufigkeit und Menge: \_\_\_\_\_



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Beschwerden an, unter denen Sie leiden:

- |                                             |                                                                                                      |                                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spielsucht         | <input type="checkbox"/> Zwanghaftes Verhalten                                                       | <input type="checkbox"/> Schamgefühl                               |
| <input type="checkbox"/> Unruhe             | <input type="checkbox"/> Unkontrolliertes Weinen                                                     | <input type="checkbox"/> Soziale Vereinsamung                      |
| <input type="checkbox"/> Zittern            | <input type="checkbox"/> Anspannungszustände                                                         | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit                      |
| <input type="checkbox"/> Ängste             | <input type="checkbox"/> Lebensmüde Gedanken                                                         | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Menschen                    |
| <input type="checkbox"/> Grübeln            | <input type="checkbox"/> Halluzinationen                                                             | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit          | <input type="checkbox"/> Schüchternheit                                                              | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen  |
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle         | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken                                                              | <input type="checkbox"/> Extreme Stimmungsschwankungen             |
| <input type="checkbox"/> Alpträume          | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen                                                     | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen    |
| <input type="checkbox"/> Nervosität         | <input type="checkbox"/> Schlechte Familienverhältnisse                                              | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, sich zu amüsieren        |
| <input type="checkbox"/> Essattacken        | <input type="checkbox"/> Finanzielle Schwierigkeiten                                                 | <input type="checkbox"/> Selbstbestrafendes Verhalten              |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit        | <input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle                                                    | <input type="checkbox"/> Energielosigkeit                          |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen        | <input type="checkbox"/> Gefühl von innerer Leere                                                    | <input type="checkbox"/> Erschöpfung                               |
| <input type="checkbox"/> Sorgenspiralen     | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu entspannen                                                   | <input type="checkbox"/> Aufschieben von Tätigkeiten               |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken      | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Situationen                                                   | <input type="checkbox"/> Gedanken an den Tod                       |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen    | <input type="checkbox"/> Kontrolliertes Essverhalten                                                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Gedankenkreisen    | <input type="checkbox"/> Verringertes berufliches Leistungsvermögen                                  |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit  | <input type="checkbox"/> Gefühl, die eigenen Emotionen nicht kontrollieren zu können                 |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug   | <input type="checkbox"/> Zunehmende geistige Distanz, negative Haltung oder Zynismus zum eigenen Job |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit mit sich selbst und/oder dem Partner oder der Partnerin     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Antriebsgesteigert | <input type="checkbox"/> Die Welt fühlt sich manchmal unwirklich an, als wären Sie in einem Film     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Impulsivität       | <input type="checkbox"/> Sie fühlen sich manchmal unwirklich, als wäre Ihr Körper nicht Ihr eigener  |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Misstrauen         | <input type="checkbox"/> Häufiges Sorgen um die eigene körperliche Gesundheit                        |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme  | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle über einen längeren Zeitraum zu behalten    |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit         | <input type="checkbox"/> Hören oder Sehen von Dingen, die nicht real sind                            |                                                                    |



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Ihre Antworten beziehen sich auf Ihr Empfinden im letzten Monat.

	völlig unzutreffend	meistens unzutreffend	kaum zutreffend	manchmal oder teilweise zutreffend	überwiegend zutreffend	genau zutreffend
Ich finde es schwer, herzlich und spontan zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst wenn alles gut zu laufen scheint, habe ich das Gefühl, dass es nur vorübergehend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaffe es nicht, mich zusammenzureißen, um Routine- oder langweilige Aufgaben zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass jederzeit eine Katastrophe passieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, es ist nur eine Frage der Zeit, bis mich jemand hintergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größtenteils hatte ich niemanden, der mir wirklich zuhörte, mich verstand oder auf meine Gefühle und Bedürfnisse einging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich nicht in der Lage, meinen Alltag selbstständig zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein guter Mensch, weil ich mehr an andere denke als an mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht eine Menge Aufmerksamkeit von anderen Personen bekomme, fühle ich mich weniger wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass das, was ich anzubieten habe, wertvoller ist als der Beitrag anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Biographischer Anamnesebogen

## Angaben zu Ihrem Befinden und Ihren Beschwerden

Bitte kreuzen Sie an, welche Gedanken oder Überzeugungen Sie gelegentlich haben.

- |                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich darf keine Fehler machen.                          | <input type="checkbox"/> Ich muss perfekt sein, um geliebt zu werden.                 |
| <input type="checkbox"/> Ich muss von allen Menschen gemocht werden.            | <input type="checkbox"/> Wer Hilfe benötigt, ist schwach.                             |
| <input type="checkbox"/> Ich bin für alles verantwortlich.                      | <input type="checkbox"/> Ich werde für immer so sein, wie ich bin.                    |
| <input type="checkbox"/> Es ist notwendig, dass ich alles unter Kontrolle habe. | <input type="checkbox"/> Ich muss mehr leisten als andere.                            |
| <input type="checkbox"/> Ich bin wertlos.                                       | <input type="checkbox"/> Es ist wichtig, dass niemand weiß, wie es mir wirklich geht. |

Geben Sie nun eigene Überzeugungen oder Lebensregeln an, die Sie häufig im Kopf haben.

---

---

---

---

---

Falls Sie unter körperlichen Beschwerden leiden, unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft.

Müdigkeit	Übelkeit, Erbrechen	Spannungszustände	Bauchschmerzen
Heißhunger	Kopfschmerzen	Unruhe	Darmbeschwerden
Appetitlosigkeit	Schwindel	Zittern	Sodbrennen
Verdauungsstörungen	Herzklopfen	Konzentrationsstörungen	Menstruationsbeschwerden
Schlaflosigkeit	Schwächeperioden (Ohnmacht)	Einschränkungen der Libido	Rückenschmerzen
			Andere Schmerzen

Falls Sie weitere Beschwerden haben, geben Sie diese hier an:

---

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Familie

Vater

Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

**Falls Ihr Vater verstorben ist:**

Todesjahr: \_\_\_\_\_ Todesursache: \_\_\_\_\_

Alter zum Todeszeitpunkt: \_\_\_\_\_

Welche Gefühle kommen auf, wenn Sie an den Tod Ihres Vaters denken?

---

---

---

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

Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrem Vater gemein? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Beschreiben Sie die Beziehung Ihres Vaters zu Ihnen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Schreiben Sie bitte typische Sätze Ihres Vaters auf: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Familie

### Mutter

Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

#### Falls Ihre Mutter verstorben ist:

Todesjahr: \_\_\_\_\_ Todesursache: \_\_\_\_\_

Alter zum Todeszeitpunkt: \_\_\_\_\_

Welche Gefühle kommen auf, wenn Sie an den Tod Ihrer Mutter denken?

---

---

---

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

Welche Eigenschaften haben Sie mit Ihrer Mutter gemein? \_\_\_\_\_

---

---

Beschreiben Sie die Beziehung Ihrer Mutter zu Ihnen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Schreiben Sie bitte typische Sätze Ihrer Mutter auf: \_\_\_\_\_

---

---

---

Falls Sie etwas über die Schwangerschaft Ihrer Mutter und/oder Ihre Geburt wissen, notieren Sie es bitte hier: \_\_\_\_\_

---

---

---



## Fragen zur Familie

Falls sich Ihre Eltern haben scheiden lassen:

Wann war die Scheidung? \_\_\_\_\_ Bei wem wuchsen Sie auf? \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie bei der Scheidung? \_\_\_\_\_

Wie kamen Sie damit zurecht? \_\_\_\_\_

---

---

Falls Sie Stiefeltern haben/hatten:

Wie alt waren Sie, als **Ihr Stiefvater** in Ihr Leben trat? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihren Stiefvater: \_\_\_\_\_

---

---

Wie würden Sie die Beziehung zu ihm beschreiben?

damals: \_\_\_\_\_ heute: \_\_\_\_\_

---

---

Wie alt waren Sie, als **Ihre Stiefmutter** in Ihr Leben trat? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihre Stiefmutter: \_\_\_\_\_

---

---

Wie würden Sie die Beziehung zu ihr beschreiben?

damals: \_\_\_\_\_ heute: \_\_\_\_\_

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Familie

Falls Sie in einem Heim oder Internat aufgewachsen sind:

Wann bzw. wie lange Sie dort? \_\_\_\_\_

Weshalb waren Sie dort? \_\_\_\_\_

Wie kamen Sie damit zurecht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte machen Sie kurze Angaben zu Ihren Geschwistern, einschließlich Halb- und Stiefgeschwistern:

Vorname	Geburtsjahr	Beziehung früher	Beziehung heute

Beschreiben Sie die Atmosphäre in dem Zuhause, in dem Sie aufgewachsen sind.

Wie war das Verhältnis zwischen den Eltern bzw. Erziehern und Kind(ern)?

- |                                      |                                              |                                         |                                             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> herzlich    | <input type="checkbox"/> kalt, herzlos       | <input type="checkbox"/> vertrauensvoll | <input type="checkbox"/> konfliktvermeidend |
| <input type="checkbox"/> fürsorglich | <input type="checkbox"/> leistungsorientiert | <input type="checkbox"/> streng         | <input type="checkbox"/> unterstützend      |
| <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> fordernd            | <input type="checkbox"/> überbehütend   |                                             |
| <input type="checkbox"/> lieblos     | <input type="checkbox"/> offen               | <input type="checkbox"/> konflikthaft   |                                             |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Familie

Bitte ankreuzen:

- |                                                     |                             |                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie sich von Ihrem Vater akzeptiert gefühlt?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrem Vater geliebt gefühlt?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrer Mutter akzeptiert gefühlt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie sich von Ihrer Mutter geliebt gefühlt?    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wie haben Ihre Eltern/Erzieher\*innen Sie erzogen? Worauf haben sie besonderen Wert gelegt? Auf welche Art wurden Sie durch wen wofür belohnt oder bestraft?

---

---

---

---

---

---

---

Konnten Sie Ihren Eltern/Erzieher\*innen vertrauen? Falls nein: Weshalb nicht?

---

---

---

---

---

---

---

Beschreiben Sie bitte aus Ihrer damaligen und heutigen Sicht die Persönlichkeit Ihrer Eltern/Erzieher\*innen.

damals: _____	heute: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Familie

Geben Sie einen Überblick über Ihre religiöse Erziehung und Ihre heutige Einstellung zu religiösen Fragen. Sind Sie Mitglied einer Glaubensgemeinschaft?

---

---

---

---

---

Wie würden Sie sich als Kind beschreiben?

- |                                              |                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> energiegeladen      | <input type="checkbox"/> unsicher            | <input type="checkbox"/> angepasst     |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig        | <input type="checkbox"/> schüchtern          | <input type="checkbox"/> interessiert  |
| <input type="checkbox"/> fleißig             | <input type="checkbox"/> freundlich          | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> neugierig           | <input type="checkbox"/> kontaktfreudig      | <input type="checkbox"/> ängstlich     |
| <input type="checkbox"/> aggressiv           | <input type="checkbox"/> aktiv               | <input type="checkbox"/> sportlich     |
| <input type="checkbox"/> um Zuwendung bemüht | <input type="checkbox"/> hilfsbereit         | <input type="checkbox"/> vorlaut       |
| <input type="checkbox"/> unruhig             | <input type="checkbox"/> wenig selbstständig | <input type="checkbox"/> zart besaitet |

---

---

---

Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre Kindheit zutrifft:

- |                                             |                                               |                                     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alpträume          | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln        | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen         | <input type="checkbox"/> (Nagel-)Hautknabbern | <input type="checkbox"/> Stottern   |
| <input type="checkbox"/> Ängste, wegen/vor: | _____                                         |                                     |

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?

Beschreiben Sie, bei wem und um welche Erkrankung es sich handelt (Eltern, Geschwister, Großeltern, andere Familienmitglieder).

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Schulzeit, Ausbildung, zum Beruf

Alter bei Schuleintritt: \_\_\_\_\_

Es wurde eine Lernschwäche festgestellt. Falls vorhanden, welche? \_\_\_\_\_

Welchen Schulabschluss haben Sie zuletzt erreicht? \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihre Kontakte zu Mitschüler\*innen, Lehrer\*innen und Ihr Verhältnis zu Gleichaltrigen. Hatten Sie einen Spitznamen, wurden Sie gehänselt oder waren Sie Außenseiter? Wenn ja, warum?

---

---

---

---

---

---

---

---

Gab es besondere Auffälligkeiten, Erlebnisse oder Beschwerden in der Vorschulzeit, bei der Einschulung oder während der Schulzeit?

---

---

---

---

---

---

---

---

Geben Sie Ihre Schwächen und Stärken während Ihrer Schulzeit an:

---

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Schulzeit, Ausbildung, zum Beruf

Geben Sie bitte einen Überblick über Ihre Ausbildungszeit (Schule, Lehre, Studium) in zeitlicher Reihenfolge. Nennen Sie auch die Gründe für eventuelle Schwierigkeiten, Misserfolge, Wechsel oder Abbrüche.

Zeitraum	„Station“	Besonderheiten

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_ Stunden

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden?  ja  nein

Falls nein: Wieso nicht?

---

---

---

Haben Sie eine gute Beziehung zu Ihrer Führungskraft?  ja  nein

Haben Sie eine gute Beziehung zu Kolleg\*innen?  ja  nein

Haben Sie jemals eigeninitiativ gekündigt?  ja  nein

Falls ja: Wie oft und wann?

---

---

---

Sind Sie jemals gekündigt worden?  ja  nein

Haben Sie unregelmäßige Arbeitszeiten oder arbeiten Sie im Schichtdienst?  ja  nein



# Biographischer Anamnesebogen

## Fragen zur Schulzeit, Ausbildung, zum Beruf

Sind Sie zufrieden mit den angebotenen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung?

ja

nein

Fühlen Sie sich ausreichend gefordert?

ja

nein

Fühlen Sie sich überfordert?

ja

nein

Sind Sie mit der Vergütung zufrieden?

ja

nein

### Falls Sie selbstständig sind:

Haben Sie Angestellte?

ja

nein

Falls ja: Wie viele?

\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in einer finanziell sicheren Situation?

ja

nein

## Fragen zu sozialen Kontakten, Partnerbeziehungen, Ehe

Schließen Sie leicht Freundschaften?

ja

nein

Falls nein: Woran liegt das?

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

Falls ja: Sind diese Freundschaften beständig?

ja

nein

Was schätzen andere Menschen an Ihnen?

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

Welche Ihrer Verhaltensweisen stören andere an Ihnen?

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





## Fragen zu sozialen Kontakten, Partnerbeziehungen, Ehe

Falls Sie sich derzeit in einer Partnerschaft befinden:

Seit wann befinden Sie sich in dieser Partnerschaft? \_\_\_\_\_

Wie alt ist Ihr Partner/Ihre Partnerin? \_\_\_\_\_

Leben Sie in einer monogamen Partnerschaft?  ja  nein

Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin:

---

---

---

---

---

---

---

---

Haben Sie in letzter Zeit schon einmal an eine Trennung gedacht?  ja  nein, nicht ernsthaft

Falls ja, wieso?

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte beschreiben Sie Ihre Partnerschaft:

---

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Kinder

Gab es Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche, als Sie versucht haben, Kinder zu bekommen?

ja

nein

### Falls Sie Kinder haben:

Anzahl Ihrer Kinder mit Vornamen und Alter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es besondere Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes oder Ihrer Kinder?

ja

nein

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es während des Großwerdens Ihrer Kinder besondere Ereignisse, die Ihr Leben nachhaltig beeinflusst haben?

ja

nein

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihren Kindern. Gibt es Besonderheiten, Schwierigkeiten, Herausforderungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Biographischer Anamnesebogen

## Sexualität

Ich definiere meine Geschlechtsidentität als:

feminin       maskulin       anders und zwar: \_\_\_\_\_

Ich fühle mich sexuell angezogen von:

Frauen       Männern       Menschen, unabhängig vom Geschlecht       ich bin asexuell

Hatten Sie bereits sexuellen Kontakt zu anderen Menschen?       ja       nein

Ich hatte meinen ersten Geschlechtsverkehr mit: \_\_\_\_\_ Jahren

Bitte beschreiben Sie Ihre Gedanken bezüglich Ihrer ersten sexuellen Erfahrung:

Wie ist/war die Einstellung Ihrer Eltern oder Erzieher zu sexuellen Fragen? Wie ist Ihre eigene?

---

---

---

Sind Sie aufgeklärt worden? Wenn ja: Durch wen in welchem Alter?

---

---

---

Hatten Sie einschneidende negative sexuelle Erlebnisse? Wenn ja, welche und seit wann? Wie kommen Sie damit heute zurecht?  
Haben Sie Schuld-, Scham- oder Angstgedanken in Bezug auf Sex? Wenn ja, welche und seit wann?

---

---

---

---

---

Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden? Falls nein: Weshalb nicht?

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Selbstbeschreibung

Bitte beschreiben Sie sich selbst und was Sie an sich schätzen:

---

---

---

Was möchten Sie an sich ändern?

---

---

---

Schreiben Sie Ihre drei größten Fähigkeiten auf:

1. 

---
2. 

---
3. 

---

Bitte ergänzen Sie – möglichst spontan, ohne lange nachzudenken – folgende Sätze:

1. Andere Leute 

---
2. Unsere Familie 

---
3. Ich beneide 

---
4. Mein größter Ehrgeiz 

---
5. Nachts 

---
6. Ich bedaure 

---
7. Meine Kindheit 

---
8. Ich kann nicht 

---
9. Frauen sind meist 

---
10. Die Zukunft 

---
11. Ich habe Vergnügen an 

---
12. Niemand 

---
13. Das Schlimmste 

---
14. Meine Arbeit 

---
15. Oft denke ich 

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Selbstbeschreibung

Bitte ergänzen Sie – möglichst spontan, ohne lange nachzudenken – folgende Sätze:

16. Am meisten ärgere ich mich über \_\_\_\_\_
17. Ich fürchte \_\_\_\_\_
18. Ich fühle mich verletzt \_\_\_\_\_
19. Mein Vater \_\_\_\_\_
20. Ich brauche \_\_\_\_\_
21. Ich bin stolz \_\_\_\_\_
22. Mein heißester Wunsch \_\_\_\_\_
23. Ich leide \_\_\_\_\_
24. Im Dunkeln \_\_\_\_\_
25. Meine größte Sorge \_\_\_\_\_
26. Meine Mutter \_\_\_\_\_
27. Ich habe Angst \_\_\_\_\_
28. Liebe \_\_\_\_\_
29. Ich kämpfe \_\_\_\_\_
30. Ich schäme mich \_\_\_\_\_
31. Manchmal träume ich \_\_\_\_\_
32. Selbstmord \_\_\_\_\_
33. Die meisten Männer \_\_\_\_\_
34. Ich bin sehr \_\_\_\_\_
35. Zuhause \_\_\_\_\_
36. Es ist mir peinlich \_\_\_\_\_
37. Freunde \_\_\_\_\_
38. Ich schlafe \_\_\_\_\_
39. Ganz im Geheimen \_\_\_\_\_
40. Viel Zeit \_\_\_\_\_

(Satzergänzungstest nach J. B. Rohde)



# Biographischer Anamnesebogen

## Selbstbeschreibung

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte in den unten genannten Lebensabschnitten und mögliche Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen:

### 0 - 3 Jahre:

(z. B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)

---

---

---

---

### 3 - 6 Jahre:

(z. B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen)

---

---

---

---

### 6 - 10 Jahre:

(z. B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern)

---

---

---

---

### 10 - 15 Jahre:

(z. B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften usw.)

---

---

---

---

### 15 - 20 Jahre:

(z. B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus usw.)

---

---

---

---

### 20 - 25 Jahre:

(z. B. Partnersuche, Selbständigkeitsentwicklung)

---

---

---

---

### ab dem 25. Lebensjahr:

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Problemanalyse

Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt? Was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

---

---

---

---

In welchen Situationen treten Ihre Probleme gehäuft auf?

---

---

---

---

In welchen Situationen / unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

---

---

---

---

### (Erlebensebenen)

Welche typischen Gedanken treten im Zusammenhang mit Ihren Problemen auf?

---

---

---

---

Welche Gefühle sind damit verbunden?

---

---

---

---

Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Problemanalyse

Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt? Was tun Sie, um sich zu helfen?

---

---

---

---

Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?

---

---

---

---

Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegen.  
Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

**Für Sie persönlich:**

---

---

---

---

**Für Ihre Umgebung:**

---

---

---

---

In welcher Hinsicht würde sich Ihr Leben verändern, wenn Ihr Problem gelöst wäre/nicht mehr fortbestände?

---

---

---

---

---

---

---



## Problemanalyse

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?

---

---

---

---

---

Woran hindert Sie Ihr Problem?

---

---

---

---

---

Wann benutzen Sie Ihr Problem schon mal als Ausrede?

---

---

---

---

---

Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?

---

---

---

---

---

Auf welche mögliche Überforderung oder Überlastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Zielsetzung

Was möchten Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie erreichen?

Was genau möchten Sie verändern, welche Gefühle und Verhaltensweisen abbauen, welche auf- oder ausbauen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Stellen Sie sich vor, über Nacht würde ein Wunder geschehen, und all Ihre Probleme wären verschwunden. Woran würden Sie das am nächsten Tag erkennen? Was würde Ihnen wieder gelingen, wie würden Sie sich fühlen, und was hätte sich in Ihrem Leben verändert?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Haben Sie bestimmte Sorgen oder Ängste, wenn Sie an die bevorstehende Behandlung denken?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Biographischer Anamnesebogen

## Zielsetzung

Was wird sich in Ihrem privaten und beruflichen Umfeld positiv, was nachteilig verändern, wenn Sie Ihre oben beschriebenen Ziele erreichen?

---

---

---

---

---

Bitte beschreiben Sie Ihre Erwartungen an die Behandlung. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig? Wie sollen Ihre Ziele erreicht werden, und wie lange schätzen Sie, dass es dauern wird? Welche Inhalte stellen Sie sich vor? Was sehen Sie als Ihre Aufgabe oder Ihren Anteil und was erwarten Sie als Aufgabe oder Anteil des Therapeuts/der Therapeutin?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Eigenschaften sollte Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin haben?

---

---

---

---

Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_

