



ANAMNESEBOGEN
BASISDOKUMENTATION

Datum _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr

Geschlecht: männlich weiblich

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Festnetz _____ Email: _____

Mobiltelefon _____

Wie lautet der Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **Hausarztes**?

Haben Sie einen **Bezugsbetreuer**? nein ja

Wenn ja, wie lautet der Name und Telefon-Nummer Ihres **Bezugsbetreuers**?

Haben Sie einen **gesetzlichen Betreuer**? nein ja

Wenn Ja, wie lautet der Name und Telefon-Nummer Ihres **gesetzlichen Betreuers**?

Haben Sie einen **Psychotherapeuten** außerhalb der Klinik? nein ja

Wenn Ja, wie lautet der Name und Telefon-Nummer Ihres **Psychotherapeuten**?

Haben Sie einen **Psychiater** außerhalb der Klinik? nein ja

Wenn Ja, wie lautet der Name und Telefonnummer Ihres Psychiaters?

Würden Sie uns den Namen und Telefonnummer einer **Vertrauensperson** angeben?

Bei welcher **Krankenkasse** sind Sie versichert?

Auf wessen Initiative suchen Sie unsere Ambulanz auf?

Unterschrift: _____



Wie lange bestehen Ihre **aktuellen psychischen Beschwerden**?

- bis zu 1 Woche
- 1 bis 4 Wochen
- 4 Wochen bis 3 Monate
- 3 Monate bis 6 Monate
- 6 Monate bis 1 Jahr
- über 1 Jahr

Mit welchen **Stichworten** (z.B. Angst, Schlaflosigkeit, Traurigkeit, Suchtdruck, Unruhe) würden Sie Ihre **psychischen Beschwerden** beschreiben

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Im welchem Jahr traten **erstmal**s psychische Beschwerden auf? _____

Wann haben Sie **erstmal**s einen Psychiater oder Psychologen aufgesucht? -- _____

Wie oft wurden Sie wegen Ihrer psychischen Probleme in einer **Klinik** oder **Tagesklinik** behandelt?

- noch nie
- Ich wurde insgesamt mal behandelt

Wann wurden Sie **erstmal**s in einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik behandelt? _____

Wann wurden Sie **zuletzt** in einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik behandelt? _____

Haben Sie schon mal daran gedacht sich umzubringen??

- nein
- ja, früher
- ja, noch vor kurzem
- ja, auch jetzt noch
- darüber möchte ich nicht sprechen

Haben Sie je versucht sich umzubringen?

- nein
- ja insgesamt mal, zuletzt (Monat/ Jahr)

Haben Sie manchmal das Bedürfnis sich selbst zu verletzen oder körperliche Schmerzen zuzufügen?

- noch nie
- früher, aber seit mindesten einem Jahr nicht mehr
- früher, aber seit mindestens einem Monat nicht mehr
- ja, mehrfach im Monat
- ja, mehrfach in der Woche
- ja, fast täglich

Wo wohnen Sie?

- in eigenem Haus oder Wohnung
- in eigener Mietwohnung
- in Wohnung im Hause meiner Familie
- in Wohngemeinschaft
- im Wohnheim (z. B. Altenheim, Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen)
- im Hotel
- ohne festen Wohnsitz



Mit wem wohnen Sie im Haushalt? (Mehrfachnennung möglich)

- allein
- mit meinem Partner/ Partnerin
- mit meinen Kindern
- mit meinen Eltern
- mit sonstigen Personen

Erhalten Sie Hilfe bei der Haushaltsführung?

- nein
- betreutes Wohnen
- Pflegedienst
- ergänzende Hilfe (z.B. Essen auf Rädern, Putzdienst, regelmäßiger Besuch einer Kantine)

Wie ist Ihr Familienstand?

- Ich bin ledig und alleinstehend
- Ich bin ledig, habe aber einen festen Partner/ Partnerin
- Ich bin verheiratet/ verpartnert
- Ich bin verheiratet/ verpartnert, lebe aber in Trennung
- Ich bin geschieden
- Ich bin verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja Wenn ja, wie viele und wie alt?

In welchem Land sind Sie geboren? _____

Wenn Sie hier nicht geboren sind, seit wann leben Sie in Deutschland? _____

Welche ist Ihre Muttersprache? _____

Welche Sprachen beherrschen Sie außerdem? _____

Wünschen Sie Gespräche mit einem Übersetzer? nein ja

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? _____

Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, konfessionslos | <input type="checkbox"/> Muslim |
| <input type="checkbox"/> römisch-katholisch | <input type="checkbox"/> Hindu |
| <input type="checkbox"/> evangelisch | <input type="checkbox"/> Buddhist |
| <input type="checkbox"/> orthodox | <input type="checkbox"/> andere Religion _____ |
| <input type="checkbox"/> andere christliche Kirche: | |

Bis zur wievielten Klasse haben Sie eine Schule besucht? _____ Klasse

Welche Schulausbildung haben Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> noch in Schulausbildung | <input type="checkbox"/> mittlere Reife |
| <input type="checkbox"/> keinen Abschluss | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss |



Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

ja

nein

Wenn **nein**:

Ich habe noch nie eine Berufsausbildung begonnen

Ich befinde mich noch in der Ausbildung, Studium zum _____

Ich habe eine *abgebrochene* Ausbildung, Studium als _____

Wenn **ja**:

Ich habe eine Ausbildung *abgeschlossen* als _____

Ich habe einen *abgeschlossenen* Studiengang als _____

Arbeiten Sie noch in Ihrem erlernten Beruf?

nein ja

→ Wenn **nein**, als was arbeiten Sie jetzt? _____

Wie ist Ihre jetzige Stellung im Berufsleben?

fest berufstätig → wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich? _____

gelegentlich berufstätig → wie viele Tage arbeiten Sie im Monat? _____

nicht berufstätig

Tagesstätte

arbeitslos

Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt (Mehrfachnennung möglich)

aus eigener Berufstätigkeit auf dem „freien Arbeitsmarkt“

aus Berufstätigkeit in einer „geschützten Beschäftigung“ (z.B. Werkstatt)

Unterhalt von Partner, Eltern

Arbeitslosengeld 1

Arbeitslosengeld 2 (sog. „Hartz IV“)

Sozialhilfe, Grundsicherung

Rente → auf Zeit Endgültig (zutreffendes bitte ankreuzen)

Vermögen _____

Werkstatt _____

Sonstiges _____

Liegt bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. ein Grad der Behinderung (GdB) vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt?

MdE: nein beantragt ja → wenn ja, wie viel Prozent _____

GdB: nein beantragt ja → wenn ja, wie viel Prozent _____

Ich habe in den letzten 3 Monaten einen Rentenanspruch gestellt nein ja

Besteht bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit? („Krankschreibung“) nein ja

→ wenn ja, seit wann? _____



Rauchen Sie Tabakprodukte?

- nein
- Ich habe aufgehört zu rauchen seit _____
- ja → Welche (z.B. Zigaretten)? _____
- Wieviel (z.B. 20 täglich)? _____

Trinken Sie Alkohol?

- nein
- Ich trinke nichts mehr seit _____
- ja → Was (z.B. Bier, Wein)? _____
- Wieviel (z.B. 3 Getränke täglich)? _____

Leiden Sie neben Ihren psychischen Problemen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**?

Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte.

Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

<p>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</p> <p>Welche Erkrankung: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks z.B.: Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Polyneuropathie, Zustand nach Rückenmarksverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Bandscheibenvorfall.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzkrankung, Herzrhythmusstörung, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose oder Embolie.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>



<p>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Hauterkrankungen z.B. Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/ des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M. Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft- oder Schultergelenk, Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Chronisches Schmerzleiden z.B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen.</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Andere Erkrankungen:</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Risikofaktoren z.B. Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Medikamente, Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/ Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub</p> <p>Andere: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Keine Beeinträchtigung starke [0] [1] [2] [3]</p>

Ihre Größe: _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Bitte nicht ausfüllen, Ergänzung durch Untersucher:

BMI: _____

RR: _____ mm/Hg

Puls: _____ /min



Ergänzung für den Suchtbereich:

Welche Erfahrungen haben Sie mit **anderen Drogen**? (bitte kreuzen **X** sie das Zutreffendste an)

Droge	keine Erfahrung	mal probiert	gelegentlicher Konsum	früher regelmäßiger Konsum	regelmäßiger Konsum	
Cannabis						
Kokain						
Amphetamine						
Heroin						
andere Opiate						
Crack						
Liquid Ecstasy						
Lösemittel						
Benzodiazepine						
Anabolika						
Andere Substanzen						

Haben Sie schon mal von Drogen entgiftet?

- nein
- ja → In welchem Jahr zum ersten Mal? _____
- Wie oft insgesamt? _____
- Wann haben Sie zuletzt entgiftet (Monat/ Jahr)? _____

Haben Sie schon mal eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt?

- nein
- ja → ambulanz (Anzahl) _____ stationär (Anzahl) _____
- Wie oft insgesamt? _____

Sind Sie z. Zt. an eine Suchtberatungsstelle angebunden? nein ja

Besuchen Sie z. Zt. eine Selbsthilfegruppe? nein ja

Vielen Dank für Ihre Auskunft!