



# Anamnesebogen

---

---

Dieser Anamnesebogen hilft mir im Vorfeld einen Eindruck von Ihnen und Ihrem Anliegen zu bekommen und erleichtert unsere gemeinsame Arbeit.

Vorname und Nachname

Geburtsdatum  Telefonnummer

Anschrift

Email

Schulabschluss,  
Ausbildung

derzeitiger Beruf

aktuelle familiäre und  
Lebenssituation

Welche Personen gehören zu  
Ihrer Herkunftsfamilie?

Mit wem fühlten sie sich als  
Kind liebevoll und sicher  
verbunden?



für Sie wichtige Personen  
Tiere oder Gemeinschaften  
(sozial, religiös, spirituell)

Was ist Ihr aktuelles Anliegen  
oder die aktuelle Schwierigkeit  
in Ihrem Leben, weswegen  
Sie zu mir kommen?

Was möchten Sie mit meiner  
Unterstützung erreichen?

Wie ist Ihr derzeitiger  
Gesundheitszustand?

Nehmen Sie zur Zeit  
regelmäßig Medikamente ein?  
Welche?

Gab es schwere Erkrankungen  
oder Operationen?

Hatten Sie in Ihrem Leben  
einen oder mehrere schwere  
Unfälle? Wann?



Woraus schöpfen Sie Energie für Ihr Leben?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sport              | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz            | <input type="checkbox"/> Partnerschaft     |
| <input type="checkbox"/> Hobby              | <input type="checkbox"/> Wohnumfeld              | <input type="checkbox"/> Familie           |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit         | <input type="checkbox"/> Kultur                  | <input type="checkbox"/> Freundschaften    |
| <input type="checkbox"/> Bildung            | <input type="checkbox"/> Natur                   | <input type="checkbox"/> soziale Netzwerke |
| <input type="checkbox"/> materieller Besitz | <input type="checkbox"/> Religion, Spiritualität |  |

Welche der folgenden schwierigen Lebenserfahrungen haben Sie in Ihre Herkunftsfamilie gemacht?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Armut                                | <input type="checkbox"/> Gewalt in der Familie                           |
| <input type="checkbox"/> Vernachlässigung                     | <input type="checkbox"/> Scheidung der Eltern                            |
| <input type="checkbox"/> emotionaler Missbrauch               | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen von Familienmitgliedern |
| <input type="checkbox"/> körperliche Gewalt am eigenen Körper | <input type="checkbox"/> Tod von Familienmitgliedern                     |
| <input type="checkbox"/> sexueller Missbrauch                 | <input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch von Familienmitgliedern        |

Welche der folgenden schwierigen Lebenserfahrungen haben Sie darüber hinaus gemacht?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Naturkatastrophe                 | <input type="checkbox"/> Erlebnisse mit Todesangst |
| <input type="checkbox"/> Tod eines nahestehenden Menschen | <input type="checkbox"/> Vertrauensbruch           |

Sonstige



So sicher und aufgehoben  
fühle ich mich zur Zeit ...

1 = überhaupt nicht sicher

5 = sehr sicher

... in meiner Herkunftsfamilie	1	2	3	4	5
... in meiner eigenen Familie	1	2	3	4	5
... in meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
... in meinem Freudeskreis	1	2	3	4	5
... mit mir selbst	1	2	3	4	5
... bei der Arbeit	1	2	3	4	5
... in meinem Wohnumfeld	1	2	3	4	5
... in der Gesellschaft	1	2	3	4	5
... in der Welt	1	2	3	4	5

So fühle ich mich zur Zeit:

1 = sehr oft

5 = nie

entspannt	1	2	3	4	5
zufrieden	1	2	3	4	5
zuversichtlich	1	2	3	4	5
lebendig	1	2	3	4	5
neugierig	1	2	3	4	5
unbekümmert	1	2	3	4	5
entschlossen	1	2	3	4	5
selbstbewusst	1	2	3	4	5
angespannt	1	2	3	4	5
gereizt	1	2	3	4	5
ängstlich	1	2	3	4	5
wütend	1	2	3	4	5
gleichgültig	1	2	3	4	5
angepasst	1	2	3	4	5
lustlos	1	2	3	4	5
einsam	1	2	3	4	5
traurig	1	2	3	4	5
leer	1	2	3	4	5
hoffnungslos	1	2	3	4	5
erschöpft	1	2	3	4	5