

ANAMNESEBOGEN

Name:

Datum:

(Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!) Bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen ausführlich und gründlich zu beantworten und auszufüllen. Er wird nach Ihrem Gespräch ausgewertet und dient dazu, Ihre jetzige Situation und Befindlichkeit richtig einschätzen zu können und gegebenenfalls die notwendigen psychotherapeutischen Maßnahmen einzuleiten. Füllen Sie den Fragebogen in Ihrem eigenen Interesse bitte möglichst ehrlich aus.
DANKE!

Alter:.....

Ausgeübter Beruf:.....

Schulbildung:.....

Erlerner Beruf:.....

Beschwerden/Symptome:

Weshalb kommen Sie gerade jetzt?

.....
.....

Weshalb haben Sie diese Praxis ausgewählt?

.....

Jetzige Lebenssituation:

Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

.....

Mit wem leben Sie zusammen?

.....

An welchen Problemen sind frühere Beziehungen gescheitert?

.....
.....
.....

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie alt sind sie?

.....
.....

Gibt es Probleme mit den Kindern? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Arbeiten Sie zur Zeit? Wie lange? Wo? In welcher Position?

.....
.....
.....

Haben Sie Ihre Berufswahl selbst getroffen? Warum gerade diese? Erleben Sie die Arbeit als befriedigend?

.....
.....
.....

Haben Sie finanzielle Probleme? Wenn ja, warum?

.....
.....

Wie erleben Sie Ihre momentane Beziehung oder Ehe?

.....
.....

Gibt es Probleme? Wenn ja, welche?

.....
.....

Beschreiben Sie kurz Ihre(n) Partner/in. Was macht er/sie beruflich? Wie alt ist er/sie?

.....
.....
.....

Welche Eigenschaften hat er/sie?

.....
.....
.....

Gibt es oder gab es sexuelle Schwierigkeiten?

.....
.....

Wie viele Geschwister haben Sie? Brüder/Schwestern? Wie ist deren Alter und Reihenfolge?

.....
.....

Wie war das Verhältnis unter den Geschwistern? Welche Stellung hatten Sie unter den Geschwistern?

.....
.....

Beschreiben Sie kurz, wie Sie als Kind waren.

.....
.....
.....
.....
.....

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft der Mutter oder bei Ihrer Geburt?

.....
.....
.....

Waren Ihre Eltern häufig oder länger krank oder hatten sie gesundheitliche Probleme?

.....
.....
.....
.....

Gab es in Ihrer Kindheit psychisch bedingte Probleme wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste, etc.?

.....
.....

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen? Wenn ja, welche?

.....
.....

Hatten Sie gute Kontakte zu anderen Kindern oder waren Sie eher ein Einzelgänger?

.....
.....

Wie war Ihre schulische Entwicklung? Gab es Schulschwierigkeiten? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

Beschreiben Sie kurz Ihren Vater. Welche Eigenschaften hat er? Was macht er beruflich? Lebt er noch oder wann und an was ist er gestorben?

.....
.....
.....
.....

Welche Beziehung haben/hatten Sie zu ihm? Haben Sie sich als Kind geliebt gefühlt?

.....
.....
.....
.....

Beschreiben Sie kurz Ihre Mutter. Welche Eigenschaften hat sie? Was macht sie beruflich? Lebt sie noch oder wann und an was ist sie gestorben?

.....
.....
.....
.....

Welche Beziehung haben/hatten Sie zu ihr? Haben Sie sich als Kind geliebt gefühlt?

.....
.....
.....
.....

Wie lange haben Sie im Elternhaus gelebt?

.....

Wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern?

.....
.....
.....
.....

Wurden Sie religiös erzogen und, wenn ja, wie und welche Religion?

.....
.....

Wie war die Ehe Ihrer Eltern? Welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus? Welche Konflikte gab es?

.....
.....
.....
.....
.....

Welche Probleme hatten Sie als Kind?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie würden Sie sich heute beschreiben?

.....
.....
.....

Haben Sie heute Menschen, die Sie unterstützen? Wen?

.....
.....

Welche Probleme gibt es heute in Ihrem Leben?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie heute?

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie?

.....
.....

Wie viel Alkohol trinken Sie täglich?

.....

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

.....

Nehmen Sie andere Drogen? Wenn ja, welche?

.....

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben oder berentet? Wenn ja, seit wann?

.....
.....

Hatten Sie in der letzten Zeit Schwierigkeiten, Misserfolge oder Kränkungen hinzunehmen?

.....
.....
.....
.....

Was fehlt Ihnen in Ihrem Leben?

.....
.....
.....
.....

Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

.....
.....
.....

Was würden Sie gerne in Ihrem Leben verändern?

.....
.....
.....
.....

Was wollen Sie in der Psychotherapie für sich erreichen?

.....
.....
.....
.....

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie? Wenn ja, wann und bei wem?

.....
.....
.....
.....

Was möchten Sie gerne noch über sich mitteilen?

.....
.....
.....
.....

Haben Sie noch weitere Fragen?

.....
.....
.....
.....

ADHS-TEST

Name:

Alter:

aktuelles Datum:

Bitte geben Sie an, ob heute oder in Ihrer Kindheit die folgenden Symptome nachweisbar sind oder waren. Am besten befragen Sie hierzu auch Ihre Eltern und Ihren Partner, die ihre Kreuzchen unter Eltern/Partner machen können. Bitte vermerken Sie dann, wer die Kreuzchen ausgefüllt hat. Bedenken Sie bitte, dass Ihre Wahrnehmung der Probleme von der Wahrnehmung Ihrer Eltern/Partner deutlich abweichen kann.

Aufmerksamkeit, Selbstorganisation und Motivation:	heute	als Kind	Eltern, Partner
Ich mache viele Flüchtigkeitsfehler.			
Ich muss langsam lesen, um Fehlern vorzubeugen.			
Ich lese oft ungenau, unvollständig und oberflächlich.			
Ich habe Schwierigkeiten, detaillierte Arbeiten auszuführen.			
Ich verliere mich in Details und kann schlecht priorisieren.			
Ich mache Fehler, weil ich zu hastig und sprunghaft arbeite.			
Ich kann die Aufmerksamkeit nicht lange auf eine Sache richten.			
Ich bin bei Aktivitäten schnell gelangweilt.			
Ich stelle Fragen, die bereits besprochen wurden.			
Ich brauche Struktur, um längere Zeit aufmerksam zu bleiben.<<			
Ich bin öfter verträumt und abwesend.			
Ich habe Schwierigkeiten, mich auf ein Gespräch zu konzentrieren.			
Ich kann mich öfter nach einem Gespräch nicht mehr an den Inhalt erinnern.			
Ich wechsle häufig das Gesprächsthema.			
Anderen fällt auf, dass ich nicht immer bei der Sache bin.			
Ich finde es schwierig, Dinge zu beenden, wenn sie komplex sind.			
Ich mache viele Dinge, die ich nicht vollständig erledige.			
Ich mache vieles auf den letzten Drücker.			

	heute	als Kind	Eltern, Partner
Ich habe Probleme damit, Verwaltungsaufgaben zu erledigen.			
Ich habe Schwierigkeiten damit, Gebrauchsanweisungen zu lesen und zu befolgen.			
Ich brauche Druck, um Dinge zu machen, die mir unangenehm sind.			
Ich habe Schwierigkeiten bei der Planung von Alltagsaktivitäten.			
Ich habe Probleme damit, regelmäßig aufzuräumen.			
Ich kann keine Ordnung halten und es entsteht bei mir schnell wieder Chaos.<<			
Wenn das Chaos dann allzu groß wird, versuche ich perfekt aufzuräumen.<<			
Ich habe ein schlechtes Zeitgefühl.			
Ich verliere die Zeit.<<			
Ich plane zu viel gleichzeitig und wenig effizient.			
Ich habe eine schlechte Zeitplanung und es passiert häufig, dass sich Termine überschneiden oder zu geringe Zeitpuffer eingeplant sind.			
Ich komme oft zu spät.			
Ich bin nicht in der Lage, einen Terminkalender konsequent zu benutzen.			
Ich bin zu wenig flexibel, um meine Pläne der aktuellen Situation anzupassen, wenn etwas sich anders entwickelt, als ich es erwarte.			
Ich mache mir Pläne, aber ich halte mich zu wenig daran.			
Ich brauche oft andere Menschen, um eine Struktur beibehalten zu können.			
Ich habe Schwierigkeiten, still zu sitzen.			
Ich zapple häufig mit den Beinen oder muss mich dauernd mit etwas beschäftigen.			
Ich klopfe häufig mit einem Stift oder brauche etwas zum spielen.			
Ich kaue Nägel oder spiele mit meinen Haaren.			
Ich bin schnell unruhig oder getrieben.			
Ich kann nur schwer abschalten und entspannen.			

	heute	als Kind	Eltern, Partner
Ich vermeide Situationen, in denen ich länger stillsitzen muss.			
Ich bin meist in Bewegung; still sitzen ist eher unangenehm.			
Ich benutze einen Vorwand, um herumlaufen zu können.			
Ich habe ständig das Gefühl, etwas tun zu müssen.			
Ich spreche öfter, auch wenn das nicht angebracht ist.			
Ich möchte gerne im Mittelpunkt stehen.			
Ich bin schnell lauter als andere.			
Ich habe Probleme damit, Tätigkeiten ruhig auszuführen.			
Ich tue mich schwer, leise zu sprechen.			
Ich habe zu viel Energie und weiß oft nicht wohin damit.			
Ich überschreite eigene Grenzen.			
Ruhe ist mir unangenehm und mir ist schnell langweilig.<<			
Ich finde schwer ein Ende, wenn mich etwas interessiert.			
Ich spreche oft so viel, dass es andere ermüdet.			
Ich kann schlecht aufhören zu reden, wenn ich ganz in dem Thema bin.			
Ich lasse andere zu wenig zu Wort kommen.			
Ich bin in meinem Redefluss oft zu sprunghaft und überfordere damit andere.<<			
Ich brauche oft zu viel Worte, um etwas zu sagen, komme schwer auf den Punkt.			
Ich sage Dinge schnell heraus, die ich manchmal bereue.			
Ich rede, ohne vorher zu denken.			
Ich gebe anderen Menschen oft schon eine Antwort, bevor diese zu Ende geredet haben.			
Ich beende die Sätze der anderen.			
Wenn andere reden, macht mich das oft ungeduldig.			
Ich kann taktlos sein.			
Ich kann schlecht warten und neige dazu zu drängeln.			
Ich habe Probleme damit, im Straßenverkehr geduldig und gelassen zu bleiben.			

	heute	als Kind	Eltern, Partner
Ich habe Schwierigkeiten damit, in Gesprächen abzuwarten, bis ich an der Reihe bin.			
Ich bin schnell ungeduldig und angespannt.			
Ich beginne oft Beziehungen oder Jobs und breche diese aus Ungeduld ab.			
Im Straßenverkehr werde ich wütend, wenn jemand zu langsam fährt.<<			

Hyperaktivität und Impulsivität:

Glauben Sie, dass Sie unruhiger als andere Menschen sind?

.....

Wie war das als Kind?

.....

Was meinen Ihre Angehörigen dazu?

.....

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:	JA	NEIN
Denken Sie, dass Sie unter Ihren intellektuellen Möglichkeiten geblieben sind?		
Mussten Sie eine Klasse wegen Konzentrationsprobleme wiederholen?		
Haben Sie die Schule ohne Schulabschluss verlassen?		
Brauchten Sie länger als üblich, um Ihren Schulabschluss zu erreichen?		
Mussten Sie sich mehr anstrengen als andere, um Erfolg zu haben?		
Hatten Sie Schwierigkeiten mit den Hausaufgaben?		
Mussten Sie oft die Schule wechseln?		
Hatten Sie Schulverweise?		
Hatten Sie Förderunterricht bzw. Sonderförderung?		
Welche Bemerkungen haben Lehrer über Sie gemacht?		
Haben Sie eine überdurchschnittliche Intelligenz?		
Haben Sie von Zuhause viel Struktur und Unterstützung erhalten?		
Haben Sie Ihre Berufsausbildung oder Ihr Studium abgebrochen?		
Ist Ihre Arbeitsstelle unter Ihrem Bildungsniveau?		
Sind Sie schnell am Arbeitsplatz/im Studium gelangweilt?		
Haben Sie oft die Ausbildung oder den Arbeitsplatz gewechselt?		
Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrer Selbstorganisation am Arbeitsplatz/im Studium?		
Haben Sie Planungsprobleme am Arbeitsplatz/im Studium?		
Haben Sie eine wichtige Prüfung oder Abschluss nicht erreicht?		
Wenn ja, welche(n)?		
Sind Sie schon mal entlassen worden?		
Haben Sie Probleme damit, am Arbeitsplatz/im Studium die geforderte Leistung zu erbringen?		
Beziehen Sie Rente?		
Haben Sie oft Stress mit Familienangehörigen?		
Sind Sie in der Kindheit häufig bestraft worden?		
Haben Sie wenig Kontakt zu Ihrer Herkunftsfamilie?		

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:	JA	NEIN
Haben Ihre Eltern Sie länger als üblich ins Erwachsenenleben begleiten müssen?		
Sind Sie schnell von Beziehungen gelangweilt?		
Beginnen oder beenden Sie Beziehungen spontan und unerwartet?		
Gibt es in der Beziehungen viel Streit?		
Wenn ja, worüber?		
Haben Sie wegen ADHS-Symptome Beziehungsschwierigkeiten oder sogar eine Scheidung/Trennung erlebt?		
Wenn ja, wegen welcher Symptome?		
Haben Sie wegen ADHS-Symptome Probleme mit der Sexualität?		
Wenn ja, welche Probleme sind es?		
Haben Sie Erziehungsprobleme mit Ihren Kindern?		
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Probleme, den Haushalt zu bewältigen?		
Haben Sie finanzielle Probleme?		
Haben Sie Schwierigkeiten, eine Beziehung einzugehen?		
Verlieren Sie schnell das Interesse an Gesprächen?		
Haben Sie Probleme, Beziehungen längere Zeit aufrechtzuerhalten?		
Wenn ja, warum?		

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:	JA	NEIN
Haben Sie Probleme, mit Menschen ins Gespräch zu kommen?		
Haben Sie ein geringes Selbstwertgefühl?		
Haben Sie Probleme damit, sich in andere Menschen einzufühlen?		
Sind Sie als Kind eher ein(e) Außenseiter(in) gewesen?		
Sind Sie gemobbt worden?		
Wurden Sie von anderen Kindern ausgeschlossen?		
Können Sie sich in Ihrer Freizeit entspannen?		
Müssen Sie viel Sport treiben, um Entspannung zu finden?		
Haben Sie viele Verletzungen / Unfälle gehabt?		
Sind Sie schnell von Hobbys gelangweilt?		
Haben Sie Unfälle oder Führerscheinentzug wegen Alkohol- bzw. Drogenkonsum oder wegen riskanter Fahrweise gehabt?		
Haben Sie eine hohe Risikobereitschaft?		
Hatten Sie persönlich Polizei- oder Gerichtskontakte?		
Wenn ja, welche?		
Haben Sie viele Selbstzweifel, weil Sie schon viele Misserfolge hatten?		
Leiden Sie unter Versagensängsten?		
Reagieren Sie schnell gekränkt, verletzt oder ärgerlich auf Misserfolge?		
Sind Sie perfektionistisch?		

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort**, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, kreuzen Sie es bitte an.

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nale | <input type="checkbox"/> Sahe | <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Nesa | <input type="checkbox"/> Sehna |
| <input type="checkbox"/> Funktion | <input type="checkbox"/> Kuntion | <input type="checkbox"/> Finzahn | <input type="checkbox"/> Tuntion | <input type="checkbox"/> Tunkion |
| <input type="checkbox"/> Struk | <input type="checkbox"/> Streik | <input type="checkbox"/> Sturk | <input type="checkbox"/> Strek | <input type="checkbox"/> Kreik |
| <input type="checkbox"/> Kulinse | <input type="checkbox"/> Kulerane | <input type="checkbox"/> Kulisse | <input type="checkbox"/> Klubihle | <input type="checkbox"/> Kubistane |
| <input type="checkbox"/> Kenekel | <input type="checkbox"/> Gesonk | <input type="checkbox"/> Kelume | <input type="checkbox"/> Gelenk | <input type="checkbox"/> Gelerge |
| <input type="checkbox"/> siziol | <input type="checkbox"/> salzahl | <input type="checkbox"/> sozihl | <input type="checkbox"/> sziam | <input type="checkbox"/> sozial |
| <input type="checkbox"/> Sympasie | <input type="checkbox"/> Symmofeltrie | <input type="checkbox"/> Symmantrie | <input type="checkbox"/> Symphonie | <input type="checkbox"/> Symplanie |
| <input type="checkbox"/> Umma | <input type="checkbox"/> Pamme | <input type="checkbox"/> Nelle | <input type="checkbox"/> Ampe | <input type="checkbox"/> Amme |
| <input type="checkbox"/> Krusse | <input type="checkbox"/> Surke | <input type="checkbox"/> Krustelle | <input type="checkbox"/> Kruste | <input type="checkbox"/> Struke |
| <input type="checkbox"/> Kirse | <input type="checkbox"/> Sirke | <input type="checkbox"/> Krise | <input type="checkbox"/> Krospe | <input type="checkbox"/> Serise |
| <input type="checkbox"/> Tinxur | <input type="checkbox"/> Kukutur | <input type="checkbox"/> Fraktan | <input type="checkbox"/> Tinktur | <input type="checkbox"/> Rimsuhr |
| <input type="checkbox"/> Unfision | <input type="checkbox"/> Fudision | <input type="checkbox"/> Infusion | <input type="checkbox"/> Syntusion | <input type="checkbox"/> Nuridion |
| <input type="checkbox"/> Feudasmus | <input type="checkbox"/> Fonderismus | <input type="checkbox"/> Föderalismus | <input type="checkbox"/> Födismus | <input type="checkbox"/> Föderasmus |
| <input type="checkbox"/> Redor | <input type="checkbox"/> Radium | <input type="checkbox"/> Terion | <input type="checkbox"/> Dramin | <input type="checkbox"/> Orakium |
| <input type="checkbox"/> kentern | <input type="checkbox"/> knerte | <input type="checkbox"/> kanzen | <input type="checkbox"/> kretern | <input type="checkbox"/> trekern |
| <input type="checkbox"/> Kantate | <input type="checkbox"/> Rakante | <input type="checkbox"/> Kenture | <input type="checkbox"/> Kruthene | <input type="checkbox"/> Kallara |
| <input type="checkbox"/> schalieren | <input type="checkbox"/> waschieren | <input type="checkbox"/> wakieren | <input type="checkbox"/> schakieren | <input type="checkbox"/> kaschieren |
| <input type="checkbox"/> Tuhl | <input type="checkbox"/> Lar | <input type="checkbox"/> Lest | <input type="checkbox"/> Dall | <input type="checkbox"/> Lid |

O Dissonanz	O Diskrisanz	O Distranz	O Dinotanz	O Siodenz
O Ferindo	O Inferno	O Orfina	O Firanetto	O Imfindio
O Rilkiase	O Kilister	O Riliker	O Klistier	O Linkure
O kurinesisch	O kulinarisch	O kumensisch	O kulissarisch	O kannastrisch
O Rosto	O Torso	O Soro	O Torgos	O Tosor
O Kleiber	O Beikel	O Keibel	O Reikler	O Biekerl
O Ralke	O Korre	O Ruckse	O Recke	O Ulte
O Lamone	O Talane	O Matrone	O Tarone	O Malonte
O Tuma	O Umat	O Maut	O Taum	O Muta
O Sorekin	O Sarowin	O Rosakin	O Narosin	O Kerosin
O beralen	O gerältet	O anälteren	O untären	O verbrämen
O Kapaun	O Paukan	O Naupack	O Aupeck	O Ankepran
O Sickaber	O Bassiker	O Kassiber	O Sassiker	O Askiber
O Pucker	O Keuper	O Eucker	O Reuspeck	O Urkane
O Spirine	O Saprin	O Parsin	O Purin	O Asprint
O Kulon	O Solgun	O Koskan	O Soran	O Klonus
O Adept	O Padet	O Edapt	O Epatt	O Taped
O Gindelat	O Tingerat	O Indigenat	O Nitgesaar	O Ringelaar
O Berkizia	O Brekzie	O Birakize	O Brikazie	O Bakiria

Sie haben es geschafft! Vielen Dank!

Punkte: _____ (wird vom Praxisteam ausgefüllt)