



Anamnese-Bogen für Erwachsene

Vorname, Nachname:

Geb.-Datum:

Was ist der Grund Ihrer Vorstellung (Stichpunkte)?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Vorbehandlung gab es bisher?

	Wann / wo (ggf. Name)
Ambulante psychiatrische Behandlung	
Psychotherapeutische Behandlung	
Stationärer psychiatrischer Aufenthalt (bzw. teilstationär)	
Rehamaßnahmen (auch berufliche / soziale Reha)	
Sonstiges (z.B. Jugendhilfe, Frühförderung, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen)	

Familienanamnese:

Gibt es bekannte psychiatrische Erkrankungen in der Familie? (Wer, welche Diagnose)

Medikation

Aktuelle Medikation	Einnahme seit	Dosierung	Verträglichkeit / Wirkung

Frühere Medikation	Einnahme von ... bis ...	Dosierung	Warum abgesetzt?

Somatische Anamnese

Auffälligkeiten in Schwangerschaft oder bei Geburt (z.B. Infektion der Mutter, Frühgeburtslichkeit, Sauerstoffmangel bei Geburt)	
Bisherige Operationen	
Unfälle (insb. Mit Schädel-Hirn-Trauma)	
Allergien (insb. Medikamente)	
Weitere Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neurologisch (z.B. Migräne, Epilepsie, Schlaganfall) <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt) <input type="checkbox"/> Stoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> Schilddrüse / Hormone <input type="checkbox"/> Lunge (z.B. Asthma, COPD) <input type="checkbox"/> Magen-Darm (z.B. Gastritis, Unverträglichk.) <input type="checkbox"/> Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte) <input type="checkbox"/> Nieren / Blase (z.B. Nierensteine, eingeschränkte Nierenfunktion) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Sonstiges 	Bitte ggf. hier näher beschreiben

Genussmittelkonsum

	Tägliche Menge
Tabak (Zigaretten/E-Zigaretten)	
Koffein/Energy-Drinks	
Alkohol	
Andere Substanzen	

Schule/Ausbildung/Beruf

Schulischer Werdegang (Schulform, ggf. Klassenwiederholungen)	
Höchster Schulabschluss	
Beruflicher Werdegang (Studien- oder Ausbildungsgänge, Abschlüsse)	
Aktuelle berufliche Situation	<input type="checkbox"/> Noch in Schule/Studium/Ausbildung (bzw. FSJ/BFJ) <input type="checkbox"/> Berufstätig zu _____ % <input type="checkbox"/> Krank geschrieben (seit _____) <input type="checkbox"/> Anderes:

Sozialanamnese

Aktuelle Lebenssituation (Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation)	
Soziale Kontakte pro Woche (nicht online)	
Hobbies (welche, wie oft?)	