## Anamnesebogen Heilpraxis Manuela Franke

## proLife- psychologische Hilfe in Lebenskrisen

Liebe Klientin, lieber Klient, dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Zusammenarbeit. Indem Sie ihn sorgfältig ausfüllen, können wir IHR Ziel und worum es Ihnen geht, schneller erreichen.
Sollten Ihnen einige Fragen Schwierigkeiten bereiten, können wir das auch in der Sitzung besprechen.
Sie können mir den Fragebogen vorab gern zu mailen, oder zur Sitzung mitbringen.
**Selbstverständlich wird alles, was Sie hier schreiben ABSOLUT VERTRAULICH behandelt.**
Alle Ihre Angaben fallen selbstverständlich unter meine Schweigepflicht!

* **Tipp:** Überfliegen Sie zunächst den gesamten Fragebogen um Ihre Beschwerden an die richtige Stelle zu notieren und nichts doppelt schreiben zu müssen.
1. **Persönliche Daten:**

Familienname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ +Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aktuelles Alter:\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
\_\_ Empfehlung, \_\_Flyer, \_\_\_Internet, \_\_\_ soz. Medien (Insta,Facebook...)

Wem benachrichtige ich im Notfall?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.Nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Thema:**

Bitte schildern Sie in kurz das **Hauptproblem**, welches vielleicht weg soll und welchen Wusch sie als **Ziel der Behandlung** sehen:

Seit wann leiden Sie darunter und kennen Sie Auslöser des Problems?

1. **Persönliche Vorgeschichte:**

Was haben Sie bisher unternommen um dieses Thema zu bearbeiten?

Welche Diagnosen (psychischer Art) bzw. Erkrankungen wurden ärztlicherweise festgestellt:

Gab es bezüglich des Problems bereits andere Behandlungsversuche?

*Jahr Klinik oder Fachperson Art der Behandlung und Resultat*

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (incl. Schlaf und Beruhigungsmittel)

*Präparat Dosierung Seit wann?*

Ihr letzter Arzt-/Heilpraktikerbesuch war am: wegen:

1. **Familie:**

Welche psychischen Krankheiten, oder Auffälligkeiten gibt es in Ihrer Familie?

Andere chronische Krankheiten in der Familie, die nicht zwingend psychisch sind:

Gab es Suizidversuche in Ihrer Familie?

1. **Maßnahmen und Methoden der Therapie.**

Haben Sie gute/schlechte/neutrale Erfahrungen in:

- Verhaltenstherapie: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja / nein

- Tiefenpsychologische Therapie.: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja/nein

- Hypnoseerfahrungen: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja/nein

Mit Hypnose bereits behandeltes Thema:
Art der Hypnose: R2C Suggestiv SP(energetisch)
Erfolg?:

Empfinden Sie folgende Situationen als schön/nicht schön?
Strand: ja/nein, Höhe(Berge): ja/nein, Wiese: ja/nein, Wald: ja/nein, Treppen: ja/nein,

-systemisches Aufstellen: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja / nein

-EMDR Traumabehandlung: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja / nein

-Kinesiologische Behandlung: nein ja, gute: schlechte: neutral: gern anwenden: ja / nein

-Sonstiges:

1. **Eigenanamnese:**(Über familiäre Strukturen und Biographien werden wir in der Sitzung sprechen)

Angst

Unter welchen Ängsten leiden Sie? (Angst vor…., Angst zu…., Angst bei…..)

Seit wann ? Gab es Auslöser?

Wie gehen Sie mit den Ängsten um?

Zwang

Leiden Sie an Zwangsgedanken und/oder -handlungen? Ja \_ Nein \_

*(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 3 Depression)*

Inhalte Ihrer Zwangsgedanken?

Welche Zwangshandlungen?

Seit wann? Gab es Auslöser?

Wie gehen Sie damit um?

Depression

Leiden Sie an depressiven Verstimmungen? Ja \_ Nein \_

Seit wann? Gab es Auslöser?

Wie gehen Sie damit um?

Gab es früher auch schon Phasen der Depression?

Essen

Leiden Sie an Ihrem Essverhalten oder unter Ihrem Körpergewicht? Ja \_ Nein \_

*(Wenn nein, dann weiter bei Punkt 5 Alkohol)*

Seit wann? Gab es Auslöser?

Wie gehen Sie damit um?

Nehmen Sie Abführmittel, oder Appetitzügler ein?

Alkohol

Wie oft in der Woche trinken Sie Alkohol?

Gab es einmal eine Zeit, in der Sie wesentlich mehr getrunken haben?

Haben oder hatten Sie je Probleme mit Ihrem Alkoholkonsum?

Sind Sie wegen Alkoholproblemen bereits behandelt worden? Ja \_ Nein \_

*Jahr Klinik oder Fachperson Resultat*

Drogen

Welche Erfahrungen haben Sie mit Drogen?

Wie häufig nehmen Sie Substanzen heute zu sich? Art der Substanz:

Gab es bereits Behandlungsversuche? Ja nein

*Jahr Klinik oder Fachperson Resultat*

Schlaf

Leiden Sie an Schlafproblemen? Ja \_ Nein \_

Probleme beim Einschlafen: Durchschlafen: zu frühmorgendliches Erwachen:

Seit wann? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben die Schlafprobleme?

Partnerschaft und Familie

Leiden Sie an Problemen in Ihrer Partnerschaft oder Familie? Ja \_ Nein \_

Seit wann? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Probleme?

Beruflicher Kontext
Leiden Sie an Problemen bei der Arbeit, oder Studium? Ja \_ Nein \_

Seit wann? Gab es Auslöser?

Welche Auswirkungen haben diese Probleme?

Körperliche Beschwerden

Leiden Sie an körperlichen Beschwerden oder Sorgen bezüglich Ihrer Gesundheit? Ja \_ Nein \_

Seit wann? Gab es Auslöser?

Gibt es medizinische Abklärungen und Befunde?

Sexualität

Wie sind Sie mit Ihrem momentanen Sexleben zufrieden? Ist es an Qualität und Häufigkeit so, dass Sie:
zufrieden sind\_\_\_\_, sich mehr wünschen würden\_\_\_\_\_, sich abgelehnt fühlen \_\_\_\_\_\_, oder sich oft bedrängt fühlen \_\_\_\_.

Haben Sie Probleme bezüglich Ihrer Sexualität? Ja \_ Nein \_

Seit wann? Gab es Auslöser?

Gibt es diesbezüglich medizinische Abklärungen und Befunde?

1. **Allgemeines**

Welche Ihrer Verhaltensgewohnheiten würden Sie außerdem noch gern ändern?

Wo können Sie Kraft tanken? Energie holen? Entspannen?

Welche Erfahrungen haben Sie mit: Yoga, Chigung, Esoterischen Verfahren?
Gute / Schlechte / neutrale Erfahrungen?

Ich möchte Sie informieren, dass Heilpraktikerleistungen private Leistungen sind.

Es besteht evtl. die Möglichkeit, dass Sie evtl. diese Kosten durch ihre Krankenkasse/ private Zusatzversicherung/ Arbeitgeber erstattet bekommen. Hierfür bitte ich Sie, **im Vorfeld** Kontakt mit diesen Stellen aufzunehmen und dies abzuklären. Entsprechende Formulare, die verlangt werden, fülle ich selbstverständlich gerne und zeitnah aus.

Termin des Erstgespräches:

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ort und Datum