



## 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)	
<b>Weitere Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neurologisch (z.B. Migräne, Epilepsie, Schlaganfall)</li> <li><input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt)</li> <li><input type="checkbox"/> Stoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus)</li> <li><input type="checkbox"/> Schilddrüse / Hormone</li> <li><input type="checkbox"/> Lunge (z.B. Asthma, COPD)</li> <li><input type="checkbox"/> Magen-Darm (z.B. Gastritis, Unverträglichk.)</li> <li><input type="checkbox"/> Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)</li> <li><input type="checkbox"/> Nieren / Blase (z.B. Nierensteine, eingeschränkte Nierenfunktion)</li> <li><input type="checkbox"/> Krebserkrankung</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> </ul>	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?)	