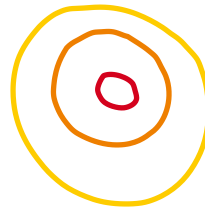


Name \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

ausgefüllt am \_\_\_\_\_



**meditz**

Medizinisches Diagnostik- und  
Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Kinder- und Jugendmedizin  
Psychotherapie  
Neurologie

# Anamnesebogen Psychotherapie

(Stand: 16.6.2026)

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre aktuelle Situation, Ihre Lebensgeschichte und typische innere Muster besser zu verstehen. Er hilft uns, die Therapie gezielt auf Sie abzustimmen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich und spontan wie möglich.

Wenn Sie etwas nicht beantworten möchten, lassen Sie es bitte einfach frei.

## 1. Aktuelle Beschwerden und Anliegen

- Was führt Sie aktuell in die Therapie?

---

---

---

- Seit wann bestehen diese Beschwerden?

---

---

---

- Wie haben sich Ihre Beschwerden im Verlauf entwickelt

---

---

- Wie stark belasten Sie Ihre Beschwerden aktuell (bitte ankreuzen)?

0 = gar nicht    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 = extrem stark

- In welchen Situationen treten Ihre Probleme besonders auf?

---

---

- Gibt es Situationen, in denen Ihre Probleme weniger oder gar nicht auftreten?

---

## 2. Bisherige Bewältigung und Vorerfahrungen

- Was vermuten Sie selbst: Wie sind Ihre Probleme entstanden?
- 

- Was haben Sie bisher versucht, um mit Ihren Problemen umzugehen?
- 

- Was davon war hilfreich?
- 

- Was war weniger hilfreich?
- 

- Haben Sie bereits psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen gemacht?

nein       ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz, wo Sie wann bereits waren:

---

---

- Nehmen Sie aktuell psychotrope Medikamente ein (z. B. Antidepressiva, Beruhigungsmittel)?

nein       ja (welche?)

---

## 3. Aktuelle Lebenssituation

### Wohnsituation und Haushalt

- Mit wem leben Sie aktuell zusammen?
- 

- Wie würden Sie die Atmosphäre in Ihrem Zuhause beschreiben?
-

## Partnerschaft / soziale Beziehungen

- Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft?  
 nein       ja

Wenn ja:

- Wie würden Sie Ihre Beziehung beschreiben?
- 

- Gibt es aktuell Belastungen oder Konflikte in der Partnerschaft oder anderen wichtigen Beziehungen?
- 

## Kinder und Elternrolle

- Haben Sie Kinder?  
 nein       ja (Alter/Anzahl)
  - Wenn ja: Wie erleben Sie aktuell die Elternrolle?
- 

- Gibt es besondere Belastungen oder Sorgen rund um Ihre Kinder?
- 

## Sozialkontakte / Beziehungen

- Wie erleben Sie Ihre sozialen Kontakte insgesamt?

eher wenig       ausreichend       gut       sehr gut

---

- Fühlen Sie sich eher verbunden oder eher allein?
- 

- Gibt es Menschen, bei denen Sie sich wirklich verstanden fühlen? Wen würden Sie dazuzählen?
- 
-

## Beruf / Alltag

- Was machen Sie aktuell beruflich?
- 

- Sind Sie mit Ihrer aktuellen Situation zufrieden?  
 ja       teilweise       nein

- Was belastet Sie im Alltag aktuell besonders?
- 
- 

## Finanzen

- Wie erleben Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation?  
 stabil       angespannt       belastend
  - Gibt es finanzielle Sorgen oder Belastungen, die für Sie relevant sind?
- 

## Gesundheit

- Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?  
 gut       mittel       eingeschränkt
  - Gibt es körperliche Erkrankungen oder Beschwerden, die aktuell eine Rolle spielen?
- 

- Wie schlafen Sie aktuell?  
 gut       mäßig       schlecht
- Wenn schlecht: Was beschreibt Ihr Problem am ehesten?  
 Einschlafen     Durchschlafen     Zu früh aufwachen     Nicht erholt aufwachen

## 4. Substanzkonsum und Sucht

Bitte beantworten Sie diese Fragen ehrlich – der Konsum von Substanzen ist ein häufiger Bewältigungsversuch und kein Grund zur Scham.

- Konsumieren oder konsumierten Sie Alkohol? Wenn ja, in welcher Menge und Häufigkeit?  
 nie / sehr selten     gelegentlich     regelmäßig     täglich
- Konsumieren oder konsumierten Sie Cannabis oder andere illegale Substanzen?  
 nein     früher     ja, aktuell
- Nehmen oder nahmen Sie Medikamente öfter oder in höherer Dosis als verschrieben (z. B. Schlafmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel)?  
 nein     früher     ja, aktuell

Gibt es andere Verhaltensweisen, die Sie selbst als problematisch oder unkontrolliert erleben (z. B. Glücksspiel, Gamen, Pornografie, Einkaufen, Essen)?

- 
- Hat Substanzkonsum oder ein anderes Suchtverhalten schon einmal negative Konsequenzen für Sie gehabt (z. B. Beruf, Beziehungen, Gesundheit)?  
 nein     ja
  - Gab oder gibt es in Ihrer Familie Suchtprobleme?  
 nein     ja (bei wem / womit?)

## 5. Sicherheit und Krisenerleben

Diese Fragen sind wichtig, damit wir Sie bestmöglich unterstützen können.

- Hatten Sie in der Vergangenheit Gedanken daran, sich etwas anzutun oder nicht mehr leben zu wollen?  
 nein     früher     aktuell
- Wenn ja: Bitte beschreiben Sie kurz, in welchem Zusammenhang:

- 
- Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt (ohne Suizidabsicht, z. B. Ritzen)?  
 nein     früher     aktuell
  - Gab es in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie sich in einer akuten Krise befanden?
-

## 4. Biografische Aspekte und Herkunftsfamilie

- Wie würden Sie Ihre Kindheit insgesamt beschreiben?  
 eher belastend       gemischt       eher positiv
- 

- Wer waren die wichtigsten Bezugspersonen in Ihrer Kindheit?
- 

- Sind Ihre Eltern zusammen aufgewachsen oder gab es eine Trennung / Scheidung?  
 zusammen       getrennt / geschieden       Elternteil verstorben (wann?)
  - Wie haben Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter erlebt?
- 
- 

- Wie haben Sie die Beziehung zu Ihrem Vater erlebt?
- 
- 

- Gab es in Ihrer Kindheit oder Jugend belastende oder prägende Ereignisse?
- 

- Gab es psychische Erkrankungen oder Suchtprobleme in Ihrer Familie?  
 nein  ja (welche?)
- 
-

## 5. Emotionale Grundbedürfnisse

Wenn Sie an Ihre Kindheit denken:  
Welche Bedürfnisse kamen möglicherweise zu kurz?

- Sicherheit / Schutz
- Zuwendung / Nähe
- Anerkennung / Wertschätzung
- Autonomie / Selbstständigkeit
- Orientierung / Grenzen
- andere:

- 
- Was hätten Sie als Kind besonders gebraucht?

- 
- Welche dieser Bedürfnisse sind heute noch schwierig für Sie?
- 
- 

## 6. Typische innere Reaktionen

### Gefühle (Gefühlsmodus)

- Welche Gefühle erleben Sie häufig in belastenden Situationen?
- 

- Welche Gefühle sind für Sie besonders schwer auszuhalten?
- 

### Gedanken (Kritiker-/Antreibermodus)

- Welche typischen Gedanken haben Sie über sich selbst?
- 

- Gibt es eine innere Stimme, die Sie kritisiert oder unter Druck setzt?  
Wenn ja, was sagt sie?
-

## 7. Umgang mit Belastung (Bewältigungsmodus)

### Unterordnung

- Neigen Sie dazu, Ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um Konflikte zu vermeiden?  
 selten       manchmal       häufig
- 

### Vermeidung

- Versuchen Sie, unangenehme Gefühle zu vermeiden (z. B. durch Rückzug, Ablenkung, Arbeit)?  
 selten       manchmal       häufig

Wie genau?

---

### Kampf / Kontrolle

- Reagieren Sie manchmal gereizt, kontrollierend oder stark durchsetzungsorientiert?  
 selten       manchmal       häufig
- 

## 8. Ressourcen (Gesunder Erwachsenenmodus)

- Was gibt Ihnen Kraft?
- 

- Was hilft Ihnen, sich zu beruhigen oder zu stabilisieren?
- 

- Was gelingt Ihnen bereits gut im Umgang mit sich selbst?
- 

- In welchen Situationen können Sie gut für sich sorgen?
- 
-

## 9. Ressourcen und Unterstützung

- Welche Menschen sind für Sie unterstützend?
- 

- Welche Aktivitäten tun Ihnen gut?
- 

- Was gibt Ihnen im Alltag Halt?
- 

## 10. Kurze Angaben zur Sexualität

- Sind Sie aktuell mit Ihrem Sexuellen zufrieden?

ja       teilweise       nein

---

- Gibt es hier Themen, die für die Therapie relevant sein könnten?  
(optional)
- 

## 11. Therapieziele und Erwartungen

- Nennen Sie die 3 wichtigsten Ziele, die Sie in der Therapie erreichen wollen:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- Wie schätzen Sie die Bereitschaft Ihres/r Lebenspartners/in ein, an der Erreichung Ihrer Therapieziele mitzuwirken?
-

- Was müsste sich an Ihrer Lebenssituation (Beruf, Wohnsituation, Partnerschaft usw.) verändern, damit Sie o.g. genannten Ziele erreichen?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- Was müssten Sie an sich selbst (Verhalten, Gewohnheiten, Ansichten usw.) verändern, damit Sie diese Ziele erreichen?

- 
- Was möchten Sie im Umgang mit sich selbst verändern?

- 
- Was möchten Sie im Umgang mit anderen verändern?

- 
- Woran würden Sie merken, dass die Therapie Ihnen hilft?
- 

## 12. Ergänzende Gedanken

- Gibt es noch etwas, das für die Therapie wichtig sein könnte?

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Offenheit und Ihr Vertrauen. Wir besprechen Ihre Angaben gemeinsam im nächsten Termin.