



**| Anamnesebogen |**  
**| praxis-nordhoff |**

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Diese Informationen werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der aktuellen Behandlung.

| Name: \_\_\_\_\_ | Vorname: \_\_\_\_\_

| Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ | Beruf: \_\_\_\_\_

| Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| Telefon: \_\_\_\_\_ | Mail: \_\_\_\_\_

**Meine letzte Generaluntersuchung beim Hausarzt / Hausärztin war am \_\_\_\_\_ und hat**

absolute organische Gesundheit ergeben.

folgende Befunde ergeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin \_\_\_\_\_ cm groß und wiege aktuell \_\_\_\_\_ Kg.

Anzahl / Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind sie z.Zt. schwanger?                      ja        nein   

**Familienstand:**

ledig, allein                          ledig, mit festem/r Partner\*in   

verheiratet                          getrennt lebend   

verwitwet                          geschieden



**| Anamnesebogen |**  
**| praxis-nordhoff |**

**Aktuelles Anliegen:**

**1.** Was ist der genaue Grund Ihres Besuches?

---

---

---

---

**2.** Seit wann liegen die Beschwerden vor?

---

**3.** Können Sie eine Ursache / einen Auslöser benennen?

---

**4.** Sind bestimmte Gedanken, Gefühle damit verbunden?

---

**5.** Markieren Sie auf der Skala von 1-10, wie stark die Beschwerden Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigen:

| 1 (gering) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (sehr stark) |

**Dynamik:**

**6.** Zu welchen Tages- /Nachtzeiten, ggf. Jahreszeiten, verändern sich die Beschwerden?

---

**7.** Was verbessert oder verschlimmert Ihr Problem?

---

---

---



**| Anamnesebogen |**  
**| praxis-nordhoff |**

**8.** Ich hatte folgende Krankheiten / Krankenhausaufenthalte / Operationen:

---

---

---

---

**9.** Bitte kreuzen Sie bei Bedarf an:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ich hatte schon mal eine Psychotherapie		
Ich hatte schon mal eine Hypnosesitzung		
Ich hatte schon mal eine Traumatherapie		
Ich hatte schon mal eine Suchttherapie		
..andere Beratungen, Coachings?		
Ich kenne Entspannungsverfahren wie z.B.: Autogenes Training / Muskelentspannung nach Jacobsen		
Ich treibe regelmäßig Sport		
Ich rauche: wenig / moderat / viel		
Ich habe Allergien (Tiere, Pflanzen, Medik.,etc.)		
Ich trinke regelmäßig Alkohol		
Ich nehme Drogen		
Ich hatte Kontakt zu Umweltgiften (Asbest, etc.)		
Ich nehme regelmäßig Kopfschmerztabletten		
Ich nehme regelmäßig Schmerztabletten		
Ich nehme regelmäßig Beruhigungstabletten		
Ich nehme regelmäßig Abführmittel		
Ich nehme regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel		
Ich leide unter Ein- / Durchschlafproblemen		
Ich muss nachts häufiger als 1x Wasser lassen		
Ich leide unter Schwindel		
Ich habe Ohnmachtsgefühle		
Ich leide unter Atemnot		
Ich leide unter Herzrasen / Herzstolpern		
Ich leide unter Ohrengeräuschen / Tinnitus		



**| Anamnesebogen |**  
**| praxis-nordhoff |**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ich leide unter Übelkeit / Erbrechen		
Ich leide unter Händezittern		
Ich leide unter Kopfschmerzen		
Ich leide unter Rückenschmerzen		
Ich leide unter Bauchschmerzen		
Ich leide unter Verstopfung / Durchfall		
Ich leide unter Appetitlosigkeit		
Ich habe in letzter Zeit an Gewicht verloren		
Ich habe in letzter Zeit an Gewicht zugenommen		
Ich leide unter Gelenkschmerzen		
Ich leide unter Krämpfen		
Ich leide unter Husten / Asthma		
Ich leide unter Hautausschlägen		
Ich leide unter Juckreiz		
Ich hatte einen Schlaganfall / einen Herzinfarkt		
Ich schwitze übermäßig viel		
Ich bin häufig verstimmt / launisch		
Ich ärgere mich schon über "Kleinigkeiten"		
Ich habe sexuelle Schwierigkeiten		
Ich bin allgemein eher ängstlich		
Ich bin pessimistisch / niedergeschlagen / depressiv		
Ich habe schon einmal an Suizid gedacht		
Ich habe schon einen Suizidversuch hinter mir		

**10.** Gab es in den letzten 2 Jahren besondere Veränderungen / Ereignisse in Ihrem Leben?

---

---

---

**11.** Was haben Sie bisher selbst versucht, um Ihr Anliegen zu lösen?

---

---

---

**12.** Welche Erwartungen setzen Sie in die Therapie / Beratung, was wollen Sie erreichen?

---

---

---



**| Anamnesebogen |**  
**| praxis-nordhoff |**

**13. Ihre Herkunftsfamilie:**

Welche Personen gehörten zu dem Haushalt, in dem Sie aufwuchsen?

Mutter:  Vater:  Geschwister (Anzahl, Alter): \_\_\_\_\_  
(auch Halbgeschw.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stiefmutter:  Stiefvater:

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit:

---

---

---

Bitte beschreiben Sie die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit:

---

---

---

Wie war die Beziehung zwischen Ihren Eltern?

---

---

---

Gab es sonstige Bezugspersonen (Oma, Opa, Tante..) in Ihrer Kindheit und wie war Ihr Verhältnis zu ihnen?

---

---

---

Gab es besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit?

---

---

---

Wie ist das Verhältnis zu o.g. Menschen heute?

---

---

---

Gab es in Ihrer Familie bereits psychische oder (schwerwiegende) körperliche Erkrankungen?

---

---

---



#### 14. Stärken und Ressourcen

Welche Stärken sehe Sie in Ihrer Person, die es Ihnen bisher ermöglichten mit vergangenen Herausforderungen umzugehen?

---

---

---

Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer freien Zeit nach? Womit befassen Sie sich besonders gerne und/oder häufig?

In welchen Situationen können Sie entspannen und auftanken?

---

---

---

Sonstiges: Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:

---

---

---

---