**­­­­­­Anamnese**

Damit ich Sie besser kennen lernen kann und die passende Therapie für Sie entwickeln kann, möchte ich Sie bitten, alles anzukreuzen bzw. auszufüllen, was auf Sie innerhalb der letzten 6 Wochen so zutrifft, dass Sie darunter sehr leiden.

|  |
| --- |
|  |
| Name, Vorname – nachfolgend Patient genannt – Geburtsdatum |
|  |
| Was ist der Grund Ihres Besuches? |

Symptome

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Kopfschmerzen
 | * Schwindelgefühle
 | * Ohnmachtsanfälle
 | * Verdauungsbeschwerden
 |
| * Schlaflosigkeit
 | * Wutanfälle
 | * Drogenkonsum
 | * Beruhigungsmittel-Einnahme
 |
| * Angst
 | * häufige Müdigkeit
 | * Magenbeschwerden
 | * übermäßiger Ehrgeiz
 |
| * Alkoholkonsum
 | * Selbstverletzung
 | * Liebeskummer
 | * Unfähigkeit zu Entspannen
 |
| * Muskelverspannung
 | * Depression
 | * Alpträume
 | * Schmerzmittel-Einnahme
 |
| * Antriebslosigkeit
 | * Euphorie
 | * Kontaktschwierigkeiten
 | * Suizidgedanken/Handlungen
 |
| * Allergien
 | * Tagträume
 | * sexuelle Probleme
 | * Gedächtnisprobleme
 |
| * Einsamkeit
 | * Vergesslichkeit
 | * unregelmäßiges Essen
 | * körperliche Behinderung
 |
| * Abhängigkeit
 | * Appetitlosigkeit
 | * Unzufriedenheit
 | * Angst vor dem Alleinsein
 |
| * Bluthochdruck
 | * Essstörungen
 | * Rückenschmerzen
 | * Aggressives Verhalten
 |
| * Halluzinationen
 | * Versagensängste
 | * körperliche Erkrankung
 | * niedriger Blutdruck
 |
| * Krampfanfälle
 | * Rauchen
 | * Alkoholentzug
 | * Konzentrationsschwierigkeiten
 |
| * Zwangshandlungen
 | * Erbrechen
 | * Zwangsgedanken
 | * Schwarz-Weiß-Denken
 |
| * innere Leere
 | * Diabetes
 | * Passivität/ Lustlosigkeit
 | * familiäre Schwierigkeiten
 |
| * Impulsivität
 | * Überdrehtheit
 | * Tinnitus
 | * epileptische Anfälle
 |
| * Prüfungsangst
* Asthma
 | * Herzleiden
* Erschöpfungsgefühl
 | * Migräne
* panische Angst
 | * Unfähigkeit, Freude zu haben
* Schilddrüsenprobleme
 |

|  |
| --- |
|  |
| Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann und weshalb? |
|  |
| Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosis? |

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Dr. rer. nat. Mareike Dittmer.

Wohnen, Familien

Beruf, Hobbies, Freunde

Stimmung

Medikamente

Schlafen

|  |
| --- |
|  |
| Datum und Unterschrift |