**­­­­­­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 |