



Aufnahmebogen

Persönliche Angaben

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname und Name:

Geburtsdatum:..... Geburtsort:

Straße und Nr.:

PLZ und Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail: wie am besten erreichbar?

Schul-/Berufslaufbahn aktuell: ☐ Schüler ☐ Student ☐ Angestellt ☐ Selbstständig ☐ Ruhestand

Schulabschluss (Realschulabschluss, Abitur, Universität o. Ä.):.....

Erlerner Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber:.....

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet):

Vorname der Partnerin/ des Partners:

Namen und Alter der Kinder:

Im Notfall zu verständigen:

Kontaktdaten:



Angaben zum aktuellen Problem/ Hauptbeschwerden

Bennen und beschreiben Sie bitte Ihr Problem/ Ihre Beschwerden (z. B. Stimmung, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, etc.).....

.....

.....

.....

Wie lange leiden Sie unter diesem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)? Seit wann bestehen diese Beschwerden (Tage, Wochen, Monate, Jahre)?

.....

.....

Sind die Beschwerden konstant oder gibt es Phasen, in denen es Ihnen besser/ schlechter geht? Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?

.....

.....

Wann tritt das Problem auf, wann wird es stärker oder Schwächer (in Stichpunkten)?

.....

.....

Was wird durch das Problem/ die Störung (in Ihrem Leben) verhindert? Welche Dinge oder Situationen vermeiden Sie?

.....

.....

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

.....

.....

Wozu zwingt Sie das Problem/ die Störung?

.....



Welche dieser Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Anhaltende Traurigkeit
- ☐ Verlust von Interesse/ Freude an Aktivitäten
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ Schlafstörungen
 - ☐ Einschlafprobleme
 - ☐ Durchschlafprobleme
 - ☐ Frühes Erwachen
- ☐ Anhaltende Müdigkeit
- ☐ Erschöpfung trotz Ruhephasen
- ☐ Appetitveränderung
 - ☐ Appetitverlust
 - ☐ Gesteigerter Appetit
- ☐ Schuldgefühle
- ☐ Hoffnungslosigkeit
- ☐ Emotionale Labilität (z. B. Reizbarkeit, Weinen, etc.)
- ☐ Gefühl, „ausgebrannt“ zu sein
- ☐ Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder andere körperliche Beschwerden (z. B. Magenprobleme, Schwindel, Atemnot)
- ☐ Unruhe, Schwierigkeit zu Entspannen
- ☐ Gedankenkreisen
- ☐ Sexualstörungen
- ☐ Angst- und Panikattacken
- ☐ Zwangsgedanken
- ☐ Suizidgedanken
 - ☐ Wenn ja, konkrete Pläne? ☐ ja ☐ nein

Was bessert Ihre Beschwerden (z. B. Ruhe, Bewegung)?

.....

Was verschlechtert Ihre Beschwerden (z. B. Stress, Konflikte)?

.....



Aktuelle Belastungsfaktoren

Wie bewerten Sie Ihr aktuelles Stressniveau (0 = kein Stress, 10 = maximaler Stress)?

Wie sind aktuell die größten Stressfaktoren in Ihrem Leben?

- ☐ Arbeit
- ☐ Familie
- ☐ Gesundheit
- ☐ Finanzen
- ☐ Andere:

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche (inkl. Überstunden)?

Wie hoch schätzen Sie Ihre berufliche Belastung ein? 0 = keine, 10 = extrem hoch)

Haben Sie die Möglichkeit, Pausen einzulegen oder Erholungsphasen einzuhalten? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit anerkannt? ☐ ja ☐ nein

Empfinden Sie Ihre Arbeit als sinnstiftend? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Belastungen im privaten Umfeld? ☐ ja ☐ nein

- ☐ Partnerschaftskonflikte
- ☐ Finanzielle Sorgen
- ☐ Pflege oder Betreuung von Angehörigen
- ☐ Andere:

Wie gehen Sie mit Stress um? (z. B. Entspannungstechniken, Sport)

.....

Soziale Anamnese

Gibt es aktuelle oder frühere Konflikte in Ihrer Familie, Partnerschaft, oder am Arbeitsplatz?

Falls ja, welche?

Haben Sie ein unterstützendes soziales Umfeld?

Wer zählt hierzu?

Welche Lebensereignisse haben Ihre Beschwerden möglicherweise beeinflusst?

- ☐ Jobverlust



- Scheidung/ Trennung
- Todesfall
- Andere:

Wie empfinden Sie Ihre finanzielle Situation?

- Stabil
- Belastend
- Sehr belastend/ existenzbedrohend

Psychiatrische und psychologische Vorgeschichte

Haben Sie bereits früher ähnliche Beschwerden erlebt? ☉ ja ☉ nein

Falls ja, wann und wie lange?

Wurden Sie bereits wegen psychischer Beschwerden behandelt? ☉ ja ☉ nein

Falls ja, Art der Behandlung? ☉ Psychotherapie ☉ Medikamente ☉ Klinikaufenthalt

Welche Psychotherapie(methoden), wo und wie lange?

.....

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, etc.) mit Dosierung und Dauer der Einnahme:

.....

Klinikaufenthalt/e (Zeitraum, Einrichtung, Erfolg):

.....

.....

Haben Sie Vorerfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden? ☉ ja ☉ nein

Welche, wie viele Sitzungen, mit welchem Erfolg?

.....

.....

Haben Sie traumatische Ereignisse erlebt? (z. B. Gewalt, Missbrauch, Verlust, Vernachlässigung)

Wenn ja, beschreiben Sie bitte näher.



.....
.....
Hatten Sie jemals Panikattacken, Angststörungen oder Zwangsgedanken? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bekannte Diagnosen?

Medizinische Anamnese/ Lebensgewohnheiten

Haben Sie körperliche Beschwerden oder bekannte Erkrankungen? Chronische Schmerzen oder andere belastende Symptome? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche und wogegen?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein und wenn ja, welche?

.....
Wie ernähren Sie sich? (z. B. vegetarisch, vegan, etc.)

Ernähren Sie sich ausgewogen und regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Falls nein, welche Probleme gibt es?

Gibt es bekannte hormonelle Störungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen)? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten körperlich untersucht? ☐ ja ☐ nein

Wurden folgende Untersuchungen durchgeführt?

- ☐ Blutbild (inkl. Eisen, Vitamin D, Vitamin B 12)
- ☐ Schilddrüsenwerte (TSH, T3, T4)
- ☐ Leber- und Nierenfunktion
- ☐ Hormonstatus (falls relevant)
- ☐ Andere:

Ergebnisse der Untersuchungen, sofern bekannt):



Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Wie erholsam empfinden Sie Ihren Schlaf?

Wie oft treiben Sie Sport oder bewegen sich regelmäßig?

Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☉ ja ☉ nein

Wenn ja, wie häufig?

Durchschnittliche Menge pro Woche?

Rauchen Sie? ☉ ja ☉ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Konsumieren Sie Drogen? ☉ ja ☉ nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie ähnliche psychische Beschwerden oder Diagnosen?

- Depressionen
- Bipolare Störung
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen wie z. B. Borderline
- Schizophrenie
- Abhängigkeiten z. B. Alkohol, Drogen, etc.
- ADHS
- Andere:

Gab es in Ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche?

Gibt es in Ihrer Familie bekannte körperliche Erkrankungen (Z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Diabetes, etc.)?

Falls ja, welche?



Ihr Behandlungsziel

Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

1.
2.
3.

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?

1.
2.
3.

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?

.....

Sonstige Hinweise:

Senden Sie diesen Bogen bitte umgehend ausgefüllt zurück. Sollten sich gesundheitliche Änderungen ergeben, so verpflichten Sie sich in Ihrem eigenen Interesse dies unbedingt selbständig schriftlich mitzuteilen.

Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie bitte vorab mit dem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt. Brechen Sie bitte keinesfalls die Behandlung bei Ihrem Arzt ab und nehmen Sie – falls verordnet – Ihre Medikamente weiter ein.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Erfolg der Behandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Ort, Datum: Unterschrift:
(bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten)