

# Anamnesefragebogen für Jugendliche

Mit diesem Fragebogen möchten wir weitere Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Problemen bekommen. Der Fragebogen dient der Planung und Überprüfung Ihrer Therapie. Wir bitten Sie, die Fragen ausführlich und möglichst genau zu beantworten.

Sollte bei der Beantwortung der Fragen der vorgesehene Platz nicht ausreichen, schreiben Sie bitte auf einem freien Zusatzblatt weiter. Geben Sie den ausgefüllten Anamnesefragebogen bitte Ihrem Therapeuten.

*Patientenaufkleber*  
(wird von der Klinik eingeklebt)

Name: .....

Vorname: .....

## 1. In wessen Haushalt leben Sie zur Zeit?

- Ich lebe im Haushalt der Eltern  Sonstiges (bitte näher angeben): .....
- Ich lebe allein im eigenen Haushalt .....
- Ich lebe in einer therap. Wohngemeinschaft .....

## 2. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

- Ich habe keinen Partner  Ich habe wechselnde Partner (mehr als drei in den letzten zwölf Monaten)
- Ich habe einen festen Partner

## 3. Sind Sie ein Zwilling?

- Nein  Eineiig  Zweieiig

## 4. Welche Schule besuchen Sie?

- Haupt-/Mittelschule  Realschule  Sonstige Schule: .....
- Gesamtschule  Gymnasium  Ich habe die Schule bereits abgeschlossen.



Schön Klinik Roseneck GmbH & Co. KG | Am Roseneck 6 | 83209 Prien am Chiemsee  
Tel. +49 8051 68-0 | Fax +49 8051 68-100103 | Service-Tel. 0180 2241401 | KlinikRoseneck@schoen-klinik.de | www.schoen-klinik.de

# Anamnesefragebogen für Jugendliche

Name: ..... Vorname: .....

Aufnahmedatum:

---

**Wie häufig waren Sie in den letzten zwölf Monaten beim Arzt?**

mal

---

**Was waren die Beschwerden, die Sie zum Arzt führten?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**Haben Sie in den letzten zwölf Monaten andere Fachleute außer Arzt und/oder Psychologen zur Behandlung Ihrer Probleme aufgesucht (zum Beispiel Heilpraktiker oder andere)?**

mal in zwölf Monaten, und zwar: .....  
.....

Schön Klinik Roseneck GmbH & Co. KG | Am Roseneck 6 | 83209 Prien am Chiemsee  
Tel. +49 8051 68-0 | Fax +49 8051 68-100103 | Service-Tel. 0180 2241401 | KlinikRoseneck@schoen-klinik.de | www.schoen-klinik.de

# Biografie

**Was ist Ihnen über die Schwangerschaft Ihrer Mutter (als sie mit Ihnen schwanger war), den Geburtsverlauf und Ihre eigene frühkindliche Entwicklung bekannt?**

.....

.....

**Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen und wie lange?**

- Bei den leiblichen Eltern     
  Bei Verwandten (welche?)     
  Bei der Mutter allein  
 Bei Bekannten     
  Beim Vater allein     
  Im Heim     
  Bei Adoptiv- oder Pflegeeltern

**Welche Krankheiten hatten Sie in Ihrer Jugend?**

.....

.....

.....

**Bitte machen Sie im Folgenden Angaben über Ihre Familie:**

	Vater	Mutter	Partner
Alter			
Beruf			
Schwere Erkrankungen			

	Brüder	Schwestern
Anzahl		
Alter		
Beruf		
Familienstand		
Schwere Erkrankungen		

**Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Familie bezeichnend sind:**

Vater	Mutter	Geschwister

**Bitte beschreiben Sie die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus:**

.....

.....

.....

.....

**Wie häufig waren Sie in den letzten zwölf Monaten beim Arzt?**

mal

**Wo sind Sie bis zum Abschluss Ihrer Schulzeit aufgewachsen und wie lange?**

- Probleme mit Alkohol     
  Verfolgungsängste Probleme mit Medikamenten oder Drogen     
  Heimaufenthalte  
 Depressionen     
  Selbstmord     
  Schizophrenie     
  Selbstmordversuche  
 Straffälligkeit     
  Andere Auffälligkeiten: .....

**Beim Vater:** .....

**Bei der Mutter:** .....

**Bei Geschwistern (welche?):** .....

**Bei anderen Verwandten (welche?):** .....

**Nennen Sie die drei schlimmsten Ereignisse in Ihrem Leben:**

1. ....
2. ....
3. ....

**Nennen Sie die drei schönsten Ereignisse in Ihrem Leben:**

1. ....
2. ....
3. ....

# Aktuelle Situation

---

## Mit wem leben Sie zusammen?

Mutter     Großeltern     Vater     Geschwister     Sonstige: .....

---

## Wie zufrieden sind/waren Sie mit dem Verhältnis zu Ihren Eltern?

Sehr zufrieden     Eher unzufrieden     Eher zufrieden     Sehr unzufrieden

---

## Wie zufrieden sind Sie mit der Situation in der Schule?

Sehr zufrieden     Eher unzufrieden     Eher zufrieden     Sehr unzufrieden

---

## Welche Hobbys und Freizeitbeschäftigungen betreiben Sie?

.....

.....

.....

---

## Wie zufrieden sind Sie mit der Größe Ihres Freundeskreises und der Art der Beziehung?

Sehr zufrieden     Eher unzufrieden     Eher zufrieden     Sehr unzufrieden

---

# Allgemeine Symptomatik

---

**Gab es Zeiten, in denen Sie sich depressiv, traurig oder hoffnungslos fühlten oder das Interesse an fast allen Ihren üblichen Tätigkeiten verloren haben? Wenn ja, wann waren solche Zeiten und wie lange dauerten sie?**

.....

.....

.....

.....

.....

---

---

**Gab es Zeiten, in denen Sie besonders intensive Angst oder Furcht erlebten oder sehr ängstlich waren?  
Wenn ja, wann und wie lange?**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Welche weiteren körperlichen Beschwerden hatten oder haben Sie?**

.....

.....

.....

---

**Gab es Zeiten, in denen Sie Probleme mit dem Essen hatten? Wann traten diese Probleme auf und welcher Art waren sie?**

.....

.....

.....

---

**Wie groß ist Ihr durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag? Wie groß war innerhalb der letzten Wochen Ihr höchster Alkoholkonsum an einem Tag?**

.....

.....

.....

---

**Gab es Zeiten, in denen Ihr Alkohol- oder Medikamentenkonsum erhöht war? Wann war dies und wie lange dauerte diese Zeit an?**

.....

.....

.....

---

**Haben oder hatten Sie im sexuellen Bereich Probleme? Gab es besondere Ereignisse, die Sie diesbezüglich immer noch belasten?**

.....

.....

.....

---

**Dachten Sie schon einmal an Selbstmord? Haben Sie bereits Selbstmordversuche unternommen?**

.....

.....

.....

---

## **Spezielle Symptomatik**

---

**Welches sind die Hauptprobleme, wegen derer Sie in der Schön Klinik Roseneck sind?**

Seelisch: .....

.....

Körperlich: .....

.....

---

**Beschreiben Sie drei Situationen, in denen Sie in den vergangenen Monaten diese Probleme besonders schlimm erlebten:**

1. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

2. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

3. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

---

**Was waren weitere Situationen, die zu einer Zunahme der Probleme führten?**

.....

.....

---

**Was waren weitere Situationen, die zu einer Zunahme der Probleme führten?**

1. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

2. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

3. Situation (Ort, Zeit, Personen, allgemeine Umstände): .....

.....

---

**Versuchen Sie, sich in die Situation zu versetzen, als Ihre Probleme einmal besonders intensiv waren. Beschreiben Sie diese Situation:**

Welche Gefühle hatten Sie (bitte nicht „gut“ oder „schlecht“, sondern Begriffe wie „ängstlich“, „niedergeschlagen“, „hoffnungslos“, „fröhlich“, „unbeschwert“ oder Ähnliches verwenden)?

.....

.....

---

**Welche Gedanken gingen Ihnen in dieser Situation durch den Kopf?**

.....

.....

---

**Welche körperlichen Beschwerden haben Sie bei sich in dieser Situation wahrgenommen?**

.....

.....

---

**Wie haben Sie sich verhalten? Was sagten Sie oder was taten Sie?**

.....

.....

---

**Wie haben andere beteiligte Personen sich verhalten?**

.....  
.....

---

**Was hat sich dadurch, dass Ihre Probleme aufgetreten sind, in Ihrem Leben verändert? (Haben Sie zum Beispiel den Eindruck mehr geschont zu werden, wird mehr über Sie und Ihre Probleme gesprochen, werden Sie von anderen mehr gemieden oder Ähnliches.) Beschreiben Sie bitte die Veränderungen für die folgenden Bereiche:?**

Innerhalb der Familie: .....

.....

In der Beziehung zu Mitschülern: .....

.....

Schildern Sie das ersten Auftreten Ihrer Probleme: .....

.....

---

**Versuchen Sie, sich an die zwölf Monate vor dem Beginn Ihrer Probleme zu erinnern. Welche waren die drei wichtigsten Ereignisse für Sie in dieser Zeit?**

1. ....

2. ....

3. ....

---

**Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen sehen Sie zur Zeit als Ihre größten persönlichen Schwächen an?**

1. ....

2. ....

3. ....

---

**Welche Einstellungen oder Verhaltensweisen sehen Sie zur Zeit als Ihre größten persönlichen Stärken an?**

1. ....

2. ....

3. ....

