

ANAMNESEBOGEN

Datum: _____

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Eigene Wohnung: ja nein, bei _____

Familienstand: single verheiratet geschieden
 getrennt lebend in Partnerschaft verwitwet

Kinder: nein ja, wie viele Junge/Alter? _____

wie viele Mädchen/Alter? _____

Kinderwunsch vorhanden? ja nein

Nur für Frauen auszufüllen

besteht eine Schwangerschaft? nein ja, Grad(?): _____

gab es einen Abort? nein ja, Häufigkeit/Jahre _____

gab es einen induzierten Abort? nein ja, Häufigkeit/Jahre _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Wie stark spielt Ihre Religion eine Rolle in ihrem Leben? _____

Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht? _____

Wie waren Ihre schulischen Leistungen? _____

Wie war der Kontakt zu anderen Schülern oder zu Lehrern?

Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung: nein ja, als:

Wie war Ihr Ausbildungsverhältnis? _____

Wie war der Kontakt zu andern Azubis oder Ausbildern? _____

Stehen Sie zurzeit in Arbeit? nein ja

Welche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Wer ist Ihr Arbeitgeber? _____

Wie ist Ihr Arbeitsverhältnis? _____

Angaben zum Hausarzt

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Straße: _____ Ort/PLZ: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Angaben zu Erkrankungen

Litten oder leiden Sie an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen? Oder gab es sogar Operationen? nein ja

1.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

2.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

3.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

Gab es früher schon mal seelische Erkrankungen oder Probleme bei Ihnen? nein ja:

1.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

2.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

3.) Art: _____ Dauer: _____
Jahr: _____ Verlauf: _____
Medikation: _____
Stationärer Aufenthalt: _____

Leiden oder litten Ihre Eltern oder andere Verwandte schon mal an einer psychischen Erkrankung?
 nein ja:

a) Person: _____ Art: _____

b) Person: _____ Art: _____

c) Person: _____ Art: _____

Angaben zur Lebensereignissen

Gab es bedeutende Lebensereignisse, die Ihnen noch heute nahe gehen? Positiv, wie negativ!

nein ja, _____

Gabe es eines der folgenden Lebensereignisse in Ihrem Leben?

- Trennungen
- Mobbing
- Verschuldung
- Todesfälle
- Arbeitsplatzverlust
- Reichtum
- Eheschließungen
- Arbeitsplatzwechsel
- Verkehrsunfälle
- Stalking
- Krisen
- Verlust von Haustieren
- Geburt von Kindern
- sexuelle Belästigungen
- Traumatisierungen
- Kriegserlebnisse
- Umzüge
- Kriminalitätsdelikte
- Naturkatastrophen
- Gewalttätigkeiten Ihnen gegenüber

Gibt es Personen, die Ihnen besonders nahe stehen?: nein ja

Gab es vor kurzem Veränderungen im Bereich der Bezugspersonen? Z.B. Trennungen:

Hatten Sie Teile dieses Lebensereignisses (s.o. Lebensereignisse) zu einem Zeitpunkt in Ihrem Leben vergessen, und konnten sich nicht mehr daran erinnern? nein ja, wie sind Sie wieder darauf gekommen? _____

Fortführende Angaben zur Person

Bei Ehe/Partnerschaft: Wie würden Sie Ihr jetziges Verhältnis zu Ihrem/r Ehegatten/in/Partner/in beschreiben?

Bei Scheidung: Wie würden Sie Ihr jetziges Verhältnis zu Ihrem/r geschiedenen Mann/Frau beschreiben?

Bei Verlust durch Tod: Wie sind Sie mit dem Verlust des/r Partners/in zu Recht gekommen?

Bei Kindern: Wie würden Sie das Verhältnis zur Ihren Kindern beschreiben?

Leben Ihre Eltern noch?

Vater: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Beruf: _____

Mutter: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Beruf: _____

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Eltern beschreiben?

Haben Sie Geschwister? nein ja,

Geschlecht/Alter _____

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwister? _____

Gab es Stiefeltern? nein ja, leben diese noch?

Stiefvater: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Beruf: _____

Stiefmutter: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Beruf: _____

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Stiefeltern beschreiben? _____

Haben Sie Stiefgeschwister? nein ja, Geschlecht/Alter _____

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Stiefgeschwistern beschreiben? _____

Leben Ihre Großeltern Väterlicherseits noch?

Großvater: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Großmutter: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern Väterlicherseits beschreiben? _____

Leben Ihre Großeltern Mütterlicherseits noch?

Großvater: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Großmutter: ja nein, Todesursache _____ Datum _____

Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Großeltern Mütterlicherseits beschreiben? _____

Haben Sie Freunde? nein ja

a) Wie viel Freunde haben Sie?: _____

b) Wie sieht Ihr Verhältnis zu Ihren Freunden aus? _____

Haben Sie Bekannte? nein ja

a) Wie viel Bekannte haben Sie?: _____

a) Wie sieht Ihr Verhältnis zu Ihren Bekannten aus? _____

Haben Sie Hobbys? nein ja,

Wie regelmäßig gehen Sie den Hobbys nach? _____

Nehmen Sie an sportlichen Aktivitäten teil? nein ja, _____

Wie regelmäßig gehen Sie diesen sportlichen Aktivitäten nach? _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja

Haben Sie früher Medikamente genommen? nein ja

Medikament: _____ Art der Einnahme: _____ Seit: _____

Medikament: _____ Art der Einnahme: _____ Seit: _____

Medikament: _____ Art der Einnahme: _____ Seit: _____

Medikament: _____ Art der Einnahme: _____ Seit: _____

Medikament: _____ Art der Einnahme: _____ Seit: _____

a) Haben Sie in letzter Zeit Medikamente abgesetzt, ausgetauscht, oder die Dosis verändert?
nein ja

Medikament: _____ abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: _____ abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: _____ abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Medikament: _____ abgesetzt ausgetauscht Dosis verändert

Wie lange haben Sie diesen Medikamentenkonsum bereits? _____

Welche Gründe gab es für die Medikamenteneinnahme? _____

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Medikamentenkonsum reduzieren sollten?

nein ja, weil

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihren Medikamentenkonsum kritisieren?

nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums schon Gewissensbisse?

nein ja, weil

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Medikamente genommen?

nein ja, wie oft? _____

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen: Stimmungsschwankungen Gleichgültigkeit

Interessenverlust Verfall kognitiver Fähigkeiten Persönlichkeitsveränderung

Selbstbewusstsein leidet Gewalttätigkeiten übermäßige Eifersucht fehlende Kritikfähigkeit

Sind Ihnen bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie an einer der folgenden Störungen?

Vegetative Störungen Schlafstörungen Gewichtsverlust Hirnorganschäden

Organische Schäden Gangunsicherheit

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden, unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie eine der folgenden Situationen?

Wohnungsverlust Arbeitsplatzverlust Familiäre Distanzierung Führerscheinverlust

Verkehrsdelikte Verschuldung Dissoziales Verhalten Kriminalität

Alkohol

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Bei "nein" haben Sie in der Vergangenheit Alkohol getrunken? nein ja

Was trinken/tranken Sie? _____
Wie viel trinken/tranken Sie? _____
Wie oft trinken/tranken Sie? _____
Wie lange haben Sie dieses Trinkverhalten bereits? _____
Gab oder gibt es Gründe für Ihren Alkoholkonsum? _____

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?

nein ja, weil

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren? nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse?

nein ja, weil

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Alkohol getrunken?

nein ja,

Häufigkeit? _____

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen: Stimmungsschwankungen Gleichgültigkeit

Interessenverlust Verfall kognitiver Fähigkeiten Persönlichkeitsveränderung

Selbstbewusstsein leidet Gewalttätigkeiten übermäßige Eifersucht fehlende Kritikfähigkeit

Sind Ihnen bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie an einer der folgenden Störungen? Vegetative Störungen Schlafstörungen

Gewichtsverlust Hirnorganschäden Organische Schäden Gangunsicherheit

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden, unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie eine der folgenden Situationen?

Wohnungsverlust Arbeitsplatzverlust Familiäre Distanzierung Führerscheinverlust

Verkehrsdelikte Verschuldung Dissoziales Verhalten Kriminalität

Drogen

Nehmen Sie Drogen? nein ja

Bei „nein“: Haben Sie in der Vergangenheit schon mal Drogen genommen? nein ja

Welche Drogen nehmen/nahmen Sie? _____

Welchen Mengen an Drogen nehmen/nahmen Sie? _____

Wie oft nehmen/nahmen Sie Drogen? _____

Wie lange haben Sie dieses Konsumverhalten bereits? _____

Gab oder gibt es Gründe für Ihren Drogenkonsum? _____

Hatten Sie auch schon das Gefühl, dass Sie Ihren Drogenkonsum reduzieren sollten?

nein ja, weil

Hat es Sie schon mal aufgeregt, wenn andere Leute Ihren Drogenkonsum kritisieren? nein ja

Hatten Sie wegen Ihres Drogenkonsums schon Gewissensbisse?

nein ja, weil

Haben Sie morgens zum Erwachen, auch schon mal Drogen genommen?

nein ja,

Häufigkeit? _____

Gab es bereits Entzugs- oder Therapieversuche? nein ja

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Jahr: _____ Wo?: _____ Wie?: _____

Sind Ihnen bereits seelische (psychische) Folgeschäden bekannt? nein ja

Kennen Sie folgende Merkmale von Ihnen? Stimmungsschwankungen Gleichgültigkeit

Interessenverlust Verfall kognitiver Fähigkeiten Persönlichkeitsveränderung

Selbstbewusstsein leidet Gewalttätigkeiten übermäßige Eifersucht fehlende Kritikfähigkeit

Sind bereits körperliche Folgeschäden bekannt? nein ja

Leiden Sie unter einer der folgenden Störungen?

Vegetative Störungen Schlafstörungen Organische Schäden Gangunsicherheit

Haben Sie bereits soziale Folgeschäden unter denen Sie leiden? nein ja

Kennen Sie einer der folgenden Situationen?

- Wohnungsverlust Arbeitsplatzverlust Familiäre Distanzierung Führerscheinverlust
 Verkehrsdelikte Verschuldung Dissoziales Verhalten Kriminalität

Trink- und Essverhalten

Was trinken Sie? _____

Wie viel trinken Sie am Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich? nein ja

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich? _____

Was Essen Sie vorzugsweise? _____

Wie sieht es mit Obst und Gemüse aus? _____

Haben Sie bestimmte Essgewohnheiten? Z.B. immer vorm Fernseher, oder nur im Stehen und nebenbei:

Wie schätzen Sie Ihren Appetit selber ein:

- Appetit normal Appetit vermindert Appetit vermehrt

Wie schätzen Sie Ihr Trinkverhalten selber ein?:

- Durst normal Durst vermehrt Durst vermindert

Auffassung, Konzentration und Gedächtnis

Erklären Sie bitte folgendes Sprichwort: Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein!

Fällt es Ihnen schwer, Gesprächen zu folgen? nein ja

Haben Sie Probleme beim Merken von Sachen? Wenn Sie zum Beispiel etwas suchen, wissen Sie dann nach kurzer Zeit nicht mehr, was Sie suchen? nein ja

Haben Sie das Gefühl sich schwer an Sachen aus der Vergangenheit erinnern zu können?

nein ja

Können Sie öfter nicht einschlafen, weil Sie so viel denken? nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass sich etwas in Ihrem Denken verändert hat? nein ja

Fällt Ihnen das Denken schwerer als üblicherweise? So wie gebremst oder blockiert? nein ja

Grübeln Sie viel? nein ja

Haben Sie das Gefühl, zu viele Gedanken gleichzeitig im Kopf zu haben? nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen der Gedanke öfter einfach abhanden gekommen oder abgerissen ist? nein ja

Zwänge, Ängste, Phobien und Befürchtungen

Müssen Sie an bestimmte Dinge immer wieder denken, bzw. kreisen Ihre Gedanken ständig um bestimmte Themen? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel:

Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun, obwohl Sie sie für unsinnig halten? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie einen Hang zum Zählen bei Tätigkeiten? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel:

Verspüren Sie manchmal von jetzt auf gleich ein intensives Angsterleben, ohne dass Sie wissen, woher dieses kommt? Sozusagen aus heiterem Himmel? nein ja

Haben Sie des Öfteren Angst, weil Sie erwarten, dass etwas Schlimmes passieren könnte?

nein ja

Machen Sie sich häufig Sorgen um verschiedene Dinge? nein ja

Geraten Sie bei bestimmten Situationen in Angst? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel:

Haben Sie übermäßig Furcht vor bestimmten Dingen? Spinnen, Fahrstuhlfahrten, etc.:

nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel:

Denken Sie viel über Ihr körperliches Befinden nach? nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass im Körper etwas nicht in Ordnung ist? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel

Haben Sie körperliche Beschwerden, obwohl keine Ursache dafür zu finden ist? nein ja, bitte geben Sie ein Beispiel

Haben Sie Dinge erlebt, die andere für unmöglich halten? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie in letzter Zeit Dinge erlebt, die Ihnen sehr merkwürdig vorkamen, die Sie beunruhigen oder Ihnen Angst gemacht haben? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass Dinge um Sie herum passiert sind, die etwas mit Ihnen zu tun haben?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Sind z. B. Ansagen im Fernsehen, oder Radio für Sie persönlich bestimmt?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass bestimmte Menschen etwas gegen Sie haben oder jemand Ihnen böses will? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl besonders Fähigkeiten zu haben? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl verfolgt zu werden? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl von Ihrem/r Partner/in betrogen zu werden? nein ja

Haben Sie das Gefühl Schuld auf sich geladen zu haben? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie Sorgen nicht genug Mittel zu haben um Ihren Lebensunterhalt zu bestreiten? nein ja

Haben Sie manchmal die Gedanken was Besseres zu sein als Andere? nein ja

Gibt es etwas, was Sie ängstigt oder ablenkt? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Wirkt irgendetwas auf Sie ein, was Sie stört oder beunruhigt? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Hören Sie manchmal jemanden sprechen, obwohl niemand im Raum ist? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Hören manchmal Zischlaute, oder andere Töne?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie Personen gesehen, die andere nicht sehen können? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Haben Sie Gegenstände gesehen, die andere nicht sehen können? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie in letzter Zeit merkwürdige Gerüche bemerkt, die außer Ihnen keiner bemerkt hat?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Haben Ihnen Speisen oder Getränke irgendwie anders als sonst geschmeckt? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Gehen in Ihrem Körper merkwürdige Dinge vor? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie noch andere eigenartige Wahrnehmungen gemacht, die außer Ihnen keiner wahrgenommen hat? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie in letzter Zeit beobachtet, dass Sie oder Ihre Umgebung sich verändert hat? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Kommt Ihnen die sonst vertraute Umgebung in letzter Zeit irgendwie verändert oder fremd vor?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel

Fühlen Sie sich selbst irgendwie körperlich verändert? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, andere kenne Ihre Gedanken? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass Sie Gedanken denken, die man Ihnen eingibt? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl von Anderen beeinflusst zu werden, wie unter Hypnose z.B.? nein ja,
bitte nennen Sie ein Beispiel:

Fragen zum Gefühlsleben

Hat sich irgendetwas in Ihrem Gefühlsleben verändert?

Nehmen Sie z.B. kaum noch Gefühle wahr? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Lebendigkeit, Ihr Schwung, Ihre Frische sich verringert haben?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen traurig? nein ja

Gab es schon mal Zeiten, wo es anders war und Sie das Gefühl hatten, Bäume ausreißen zu können?

nein ja

Leiden Sie unter Angstzuständen? nein ja

Fühlen Sie sich innerlich unruhig? nein ja

Glauben Sie, dass Sie weniger wert sind, als andere Menschen? nein ja

Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft niedergeschlagen oder niedergedrückt? nein ja

Schauen Sie positiv in die Zukunft? nein ja

Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft übellaunig? nein ja

Sind Sie in letzter Zeit leicht reizbar und geraten schnell aus der Fassung? Auch wegen Kleinigkeiten?

nein ja

Haben Sie das Gefühl Schuld auf sich geladen zu haben? nein ja

Haben Sie das Gefühl zu verarmen? nein ja

Ändert sich Ihre Stimmung manchmal von einer Minute zu anderen? nein ja

Kommt es vor, dass Sie ganz gegensätzliche Gefühle gleichzeitig haben? nein ja, bitte

nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie manchmal das Gefühl etwas Besonderes zu sein, oder besonders gute Leistungen zu erbringen? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, manchmal plötzlich eine übermäßige Stärke zu haben? nein ja

Wie fühlen Sie sich jetzt?

Wie viele Stunden schlafen Sie zurzeit? _____ Stunden

Hat sich Ihre Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun in letzter Zeit etwas geändert?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie zurzeit viele Aktivität und sind besonders unternehmungslustig? nein ja

Hören Sie Stimmen? nein ja

Haben Sie in letzter Zeit ein verstärkten sexuellen Drang? nein ja

Antrieb / Motivation

Hat sich Ihre Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun, verändert? nein ja, bitte

nennen Sie ein Beispiel:

Gehen Ihnen zurzeit alltägliche Verrichtungen schwer von der Hand? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Fühlen Sie sich gebremst oder blockiert nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie zurzeit besonders viel Aktivität, sind Sie besonders unternehmungslustig? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Fühlen Sie sich innerlich unruhig? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Bedürfnis sich übermäßig mitzuteilen? nein ja

Vegetative Störungen und Beschwerden

Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

- Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Früherwachen
- Rhythmus vertauscht Vielschlaf Mittagschlaf
- Verkürzung der Schlafdauer ständig Müde

Wie würden Sie Ihre Lust nach Sexualität beschreiben? normal vermehrt vermindert

Ist Ihnen sonst etwas Ungewöhnliches an Ihrem Körper aufgefallen? Z.B. Tachykardie, grippeähnliche Symptome oder ähnliches? nein ja

Sehen Sie Dinge verschwommen? nein ja

Schwitzen Sie schnell und öfter? nein ja

Haben Sie in letzter Zeit unreinere Haut, mit Pickelbildung? nein ja

Haben Sie Probleme bei der Blasenentleerung? nein ja

Wenn ja: erschwertes Wasserlassen (erschwerte Miktion) nein ja

häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen (Pollakisurie) nein ja

Bett einnässen (Enuresis) nein ja

Bei Frauen: Haben Sie einen normalen Menstruationszyklus von vier Wochen? nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig morgens schlechter als im Vergleich zu anderen Tageszeiten?

nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig abends schlechter als im Vergleich zu anderen Tageszeiten?

nein ja

Fühlen Sie sich regelmäßig abends besser als zu anderen Tageszeiten?

nein ja

Gastrointestinale Störungen

Haben Sie das Gefühl öfter als sonst Ihren Speichel schlucken zu müssen? nein ja

Haben Sie das Gefühl ihr Mund trocknet aus? nein ja

Ist Ihnen öfter ohne Grund übel? nein ja

Müssen Sie sich in letzter Zeit öfter erbrechen? nein ja

Haben Sie des Öfteren Magenbeschwerden? nein ja

Haben Sie erschwerten Stuhlgang? nein ja

Haben Sie häufig Durchfall? nein ja

Kardio-respiratorische Störungen

Fällt es Ihnen manchmal schwer zu Atmen? nein ja

Haben Sie öfter Kreislaufprobleme und fühlen sich schwindelig? nein ja

Fühlt sich Ihr Herzschlag manchmal stark beschleunigt, oder unregelmäßig an, oder spüren Sie Ihren Herzschlag verstärkt? nein ja

Empfinden Sie öfter Herzstechen, oder Ihr Herz als drückend? nein ja

Andere Störungen

Haben Sie öfter einen Kopfdruck bis hin zum Kopfschmerz? nein ja

Haben Sie Schmerzen, Spannungsgefühle oder Druckbeschwerden im Rückenbereich? nein ja

Kommen Ihnen Ihre Beine manchmal extrem erschwert vor? nein ja

Haben Sie öfter Hitzewallungen oder das Gefühl von aufsteigender Hitze? nein ja

Frieren und frösteln Sie schnell, obwohl es warm ist? nein ja

Neurologische Störungen

Haben Sie in letzter Zeit ein Zittern bei Ihnen wahrgenommen? nein ja

Haben Sie das Empfinden, dass es in Ihren Bewegungsabläufen manchmal zu Störungen kommt?
 nein ja

Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich kaum bewegen? nein ja

Ist es Ihnen nicht Möglich still zu sitzen? nein ja

Haben Sie den Eindruck manchmal unkontrollierte Bewegungen machen zu müssen? nein ja

Haben Sie das Gefühl besonders sensibel zu sein? nein ja

Auffälligkeiten in der Persönlichkeit und im Verhalten

Stoßen Sie immer wieder auf ähnliche Probleme im Umgang mit Menschen und neigen zur Einschränkung des Kontaktes mit anderen Menschen? nein ja

Sind sie selten alleine und stets im Kontakt mit anderen Menschen? nein ja

Sind Sie öfter in Schlägereien verwickelt? nein ja

Haben Sie sich schon mal absichtlich selbst verletzt? nein ja

Haben Sie das Gefühl nicht krank zu sein, obwohl Sie zum Beispiel eine Grippe haben? nein ja

Glauben Sie, dass Sie krank sind? nein ja

Verlaufen Ihre Beziehungen immer wieder nach demselben Muster? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel: _____

Haben Sie immer wieder das Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder Sie folgendermaßen empfinden:

() zu kompliziert () zu schwierig () zu ängstlich () zu kontrolliert () zu egozentrisch
() zu angepasst () zu paranoid () zu opportunistisch

Haben Sie das Gefühl, dass wiederkehrende Situationen Sie überfordern, belasten oder ähnliches? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass andere Menschen zu hohe Forderungen an Sie stellen?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Haben Sie das Gefühl, dass Sie anderen Menschen grundsätzlich nicht trauen können?

nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Erzeugen diese Erfahrungen bei Ihnen das Gefühl ein Alleinkämpfer zu sein? nein ja

Haben Sie das Gefühl von anderen nicht verstanden zu werden? nein ja

Empfinden Sie Reaktionen von Dritten auf Ihr Verhalten als Unangemessen? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Empfinden Sie die Kritik von Dritten als unpassend? nein ja, bitte nennen Sie ein Beispiel:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!