



Anamnesebogen

Privatpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Andreas Ritter
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Schweriner Straße 50a
01067 Dresden

Patient

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt / Überweisender Arzt:

Aktuelle Beschwerden

- Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

- Seit wann bestehen die Beschwerden?

- Wie äußern sich Ihre Beschwerden (Mehrfachnennung möglich)?
 - ☐ Ängste
 - ☐ Niedergeschlagenheit
 - ☐ Schlafstörungen (Ein-/Durchschlafen)
 - ☐ Erschöpfung
 - ☐ Konzentrationsstörungen
 - ☐ Reizbarkeit
 - ☐ Grübeln
 - ☐ Antriebslosigkeit
 - ☐ Sozialer Rückzug
 - ☐ Suizidgedanken (☐ aktuell / ☐ früher)

- ☐ Impulsivität
 - ☐ Konzentrationsstörung
 - ☐ Unaufmerksamkeit
 - ☐ Andere:
-

Medizinische Vorgeschichte

- Aktuelle körperliche Erkrankungen:
-

- Frühere Operationen oder Krankenhausaufenthalte:
-

- Allergien / Unverträglichkeiten:
-

- Aktuelle Medikamente (bitte mit Dosierung):
-
-
-
-

- Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann und wo?

Diagnosen:

Behandlungsverlauf:

Suchtverhalten:

- Alkohol: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Menge: _____

- Nikotin: ☐ nein ☐ ja – seit _____ – Menge/Tag: _____

Medikamente: ☐ nein ☐ ja – Welche?

- Andere Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain etc.):

☐ nein ☐ ja – Welche? _____

Soziale & biografische Angaben

- Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

- Kinder: ☐ keine ☐ ja – Anzahl und Alter:
-

- Beruf / Tätigkeit:
-

- Derzeit arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein ☐ - Wenn ja seit wann?
-

- Bildungsweg:
-

- Wohnsituation:

☐ allein ☐ mit Partner ☐ mit Familie ☐ betreut

Biografische Ereignisse

- Auffälligkeiten in der Kindheit / Schulzeit:
-

- Wichtige Lebensereignisse (z. B. Verluste, Trennungen, Traumata):
-

- Gab es psychische Erkrankungen in der Familie?

☐ nein ☐ ja – Welche?

Ressourcen und Ziele

- Was hilft Ihnen aktuell im Alltag / gibt Ihnen Halt?
-

- Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?
-

Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____