



SOZIALPSYCHIATRISCHES CENTRUM  
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE  
DR. MED. RALPH MEYERS

Anamnesebogen für Erwachsene®  
Dr.med. R. Meyers

Vorstellungstermin: am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

bei  Dr. Meyers

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Wohnort: PLZ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Höchster erreichter Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_ kg Hausarzt \_\_\_\_\_

---

Für eine erfolgreiche Beratung erscheint uns eine große Zahl von Informationen notwendig. Wir wären Ihnen daher für eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen dankbar.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Wir bestätigen die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben.

*Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Daten gemäß DS-GVO gespeichert und verarbeitet werden dürfen.*

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten

## BERATUNGSANLASS

Bitte geben Sie nun kurz an, welches Problem-  
Verhalten den Anlass dazu  
gegeben hat, die Beratung aufzusuchen.  
(Bitte nur in Stichworten)

---



---



---



---

## Aktuelle SYMPTOMATIK

bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	habe oft Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen
<input type="checkbox"/>	eifersüchtig	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	sensibel	<input type="checkbox"/>	andere wiederkehrende Beschwerden
<input type="checkbox"/>	schnell ermüdbar	<input type="checkbox"/>	häufig krank
<input type="checkbox"/>	schüchtern	<input type="checkbox"/>	nehme Drogen, Alkohol, Zigaretten
<input type="checkbox"/>	habe wenig Energie	<input type="checkbox"/>	habe motorische oder sprachliche Probleme
<input type="checkbox"/>	leide an Panikattacken	<input type="checkbox"/>	habe behandlungsbedürftige Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	bin unselbständig	<input type="checkbox"/>	esse zu viel
<input type="checkbox"/>	bin schnell erregbar	<input type="checkbox"/>	esse schlecht
<input type="checkbox"/>	bin sehr passiv	<input type="checkbox"/>	schlafe schlecht
<input type="checkbox"/>	neige zur Prokrastination	<input type="checkbox"/>	schnell abgelenkt
<input type="checkbox"/>	leide unter Alpträumen	<input type="checkbox"/>	verträumt
<input type="checkbox"/>	oft traurig, weine ohne Grund	<input type="checkbox"/>	schnell reizüberflutet
<input type="checkbox"/>	habe Probleme in Gruppen	<input type="checkbox"/>	vergesslich
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nervös, zappelig, unruhig

Andere Verhaltensauffälligkeiten oder Probleme:

---



---



---

Was gefällt Ihnen an sich selbst besonders?

---



---

Welche besonderen **Interessen, Neigungen** und  
**Fähigkeiten** haben Sie?

---



---



---

## FAMILIENVERHÄLTNISSE

Familiäre Verhältnisse: mit wem leben Sie zusammen (bitte einkreisen):

Alleine, Partner/in, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, Mutter, Vater, Stiefmutter, Stiefvater,  
Pflegeeltern, Adoptiveltern, lebe in Wohngruppe

seit \_\_\_\_\_

Falls Geschwister vorhanden, bitte \_\_\_\_\_  
Geschlecht u. Alter angeben

Eigene Kinder (Geschlecht und Alter)

## VORGESCHICHTE - KÖRPERLICHE ENTWICKLUNG

Wie verlief die eigene **Schwangerschaft**?  normal

Komplikationen bzw. Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Wie verlief die **Geburt**? Geburt in der \_\_\_\_\_. Woche

Komplikationen bzw. Auffälligkeiten, z.B. Vakuumextraktion, Zangengeburt, Kaiserschnitt,  
Nabelschnur um den Hals, absinkende Herztöne, blau im Gesicht usw. (bitte unterstreichen)

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g      Geburtsgröße \_\_\_\_\_ cm

APGAR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      pH – Wert \_\_\_\_\_

In welchem Alter lernte der/die Patient/in zu **laufen**? mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann lernte er/sie zu **sprechen**? Erste einzelne Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten  
erste kleine Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann wurde er/sie **sauber**? mit \_\_\_\_\_ Jahren

Welche besonderen **Krankheiten** haben Sie durchgemacht und wann?

---



---

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?  ja  nein

ja, wegen (bitte mit Angabe des Jahres): \_\_\_\_\_

---



---

**SCHULE / STUDIUM / AUSBILDUNG / ARBEIT**

---

**Schullaufbahn**      Einschulung

mit \_\_\_\_\_ Jahren

- normaler Verlauf
- verspätete Einschulung (Zurückstellung)
- vorzeitige Einschulung
- Wiederholung der Klasse (n) \_\_\_\_\_
- Überspringen der Klasse \_\_\_\_\_
- Schulwechsel im Jahr \_\_\_\_\_
- zeitweise keine Schule besucht  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich besuchte eine

**Sonderschule:** welche Förderung? (bitte einkreisen)    LB, GB, KB, ES; Sprache, Hören, Sehen

Höchster **erreichter Schulabschluss:**

---

Regelmäßigkeit des **Schulbesuches /der Arbeit**

- regelmäßig
- verspäte mich oft
- schwänze oft
- fehle oft, wegen

---

**Probleme mit Kollegen oder Vorgesetzten:** \_\_\_\_\_

---



---

### VORBEHANDLUNGEN

Haben Sie sich wegen des augenblicklichen Problems schon einmal an eine andere Stelle gewandt?  nein  ja

<i>Bei wem?</i>	<i>Name der Einrichtung</i>	<i>Wann? von - bis</i>
Beratungsstelle		
Arzt		
Psychologe		
Klinik / Tagesklinik		
andere Stellen:		

Welche Maßnahmen wurden von diesen anderen Stellen getroffen bzw. empfohlen? (Mit welchem Erfolg?):

---



---



---

Wie haben Sie bisher auf ihr problematisches Verhalten reagiert? Welche **Maßnahmen** haben Sie angewendet, um dieses Verhalten zu verändern?

---



---



---

Haben Sie bestimmte **Erwartungen** oder **Vorstellungen**, wie man in Zukunft auf das Verhalten Einfluss nehmen könnte?

---



---



---

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, bitte Angabe von Namen und Dosierung:
