

Biographische Anamnese

Name: _____ : Alter: _____ Datum: _____

1) Bei wem sind Sie bis zu Ihrem 21. Lebensjahr aufgewachsen?

<p>Im Alter von/bis bei</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ beiden Eltern</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Vater allein</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Mutter allein</p>	<p>Im Alter von/bis bei</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Verwandten</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Stiefvater</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Stiefmutter</p>	<p>Im Alter von/bis bei</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Adoptiveltern</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Pflegeeltern</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ im Heim</p>
--	---	--

2) Was wissen Sie über Besonderheiten Ihrer Geburt?

Frühgeburt Zangengeburt Kaiserschnitt Mehrlinggeburt

Sonstiges: _____

3a) Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

Vater	<input type="checkbox"/>					
	unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	über 40
Mutter	<input type="checkbox"/>					

3b) Wann haben Ihre Eltern geheiratet? _____

3c) Beruf des Vaters in Ihrer Kindheit _____

Beruf der Mutter in Ihrer Kindheit _____

4a) Wie viele Jahre älter oder jünger als Sie sind Ihre Geschwister?

(Auch Verstorbene ankreuzen. Einzelkind kein Kreuz.)

	ältere Geschwister								Zwillinge		jüngere Geschwister								
	+ mehr	+8	+7	+6	+5	+4	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	- mehr Jahre
männl.																			
weibl.																			

4b) Sind Geschwister verstorben? ja nein wenn ja,

wie alt war der verstorbene Bruder _____ die verstorbene Schwester _____

und wie alt waren Sie damals _____

4c) Besonderheiten (z. B. Adoptiv- oder kranke Geschwister, Stiefgeschwister u. ä.)

5a) Das Elternhaus bis zu Ihrem 21. Lebensjahr:

<p>im Alter von/bis</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Eltern immer zusammen</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Vater leidend an _____</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Mutter leidend an _____</p> <p>Besonderheiten: _____</p>	<p>Im Alter von/bis</p> <p><input type="checkbox"/> ____/____ Eltern getrennt</p> <p><input type="checkbox"/> gest. wann _____</p> <p><input type="checkbox"/> gest. wann _____</p>
---	---

5b) Gab es in Ihrer Kindheit Wohnwechsel, unter denen Sie gelitten haben?

ja nein wenn ja, in welchem Alter _____

5c) Empfanden Sie Ihr Zuhause als

sehr gut gut befriedigend mangelhaft unzulänglich

warum? _____

6a) Ihnen bekannte Schwierigkeiten in Ihrer Kindheit mit:

- Essen Sprechen Spielen Freundschaften
 Laufen Sauberkeit Lernen Sonstigem _____

6b) Litten Sie in Ihrer Kindheit unter:

- | im Alter von/bis | | im Alter von/bis | | im Alter von/bis | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|-------------|------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ____/____ | Angsten (z. B. im Dunkel, vor Tieren, Gewitter usw.) | <input type="checkbox"/> ____/____ | Wutanfällen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Stottern |
| <input type="checkbox"/> ____/____ | nächtliches Aufschrecken | <input type="checkbox"/> ____/____ | Einnässen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Zwängen |
| <input type="checkbox"/> ____/____ | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Einkoten | <input type="checkbox"/> ____/____ | Ohnmachten |
| <input type="checkbox"/> ____/____ | Einsamkeit, Verstimmungen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Erbrechen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Hautkrankheiten |
| | | <input type="checkbox"/> ____/____ | Verstopfung | <input type="checkbox"/> ____/____ | Asthma |
| | | <input type="checkbox"/> ____/____ | Durchfällen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Sonstigem |

6c) Haben Sie als Kind auffallend:

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ____/____ | Daumen gelutscht | <input type="checkbox"/> ____/____ | genascht | <input type="checkbox"/> ____/____ | Nägel gebissen |
| <input type="checkbox"/> ____/____ | schlafgewandelt | <input type="checkbox"/> ____/____ | gelogen | <input type="checkbox"/> ____/____ | gestohlen |
| <input type="checkbox"/> ____/____ | von Zuhause weggelaufen | <input type="checkbox"/> ____/____ | Sonstiges _____ | | |

7) Schwere Krankheiten bis zu Ihrem 21. Lebensjahr: ja

Welche? _____ im Alter von _____
Dauerfolgen? _____

8) Unfälle, deren Folgen ärztlicher Behandlung bedurften: ja

Welche? _____ im Alter von _____
Dauerfolgen? _____

9) Sind Sie operiert worden? ja

Welche Operationen? _____ im Alter von _____

10) Spielten in Ihrem Leben ungewöhnlich schwere Ereignisse eine Rolle? ja

Welche? _____ im Alter von _____

11) Ihre Schul- und Ausbildung:

- | | im Alter von/bis | |
|---|------------------|-----------------------------|
| Haben Sie öfter die Schule gewechselt? | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie Schwierigkeiten in der Schule? | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie einmal eine Klasse übersprungen? | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie einmal eine Klasse wiederholt? | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Waren Sie über längere Zeit vom Turnen befreit? | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Besonderheiten? _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Schulabschluss? _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |
| Weiterbildung? _____ | ____/____ | <input type="checkbox"/> ja |

- 12) Ihr Beruf? Berufsbezeichnung: _____
- Arbeiten Sie in dem Beruf, den Sie unsprünglich erlernt haben? ja
- oder haben Sie einen weiteren Beruf erlernt, den Sie heute ausüben? ja
- Fühlen Sie sich in Ihrem Beruf verantwortlich tätig? ja
- Sind Sie freiberuflich bzw. selbständig tätig? ja
- Fühlen Sie sich durch Ihre beruflich Position gesichert? ja
- Haben Sie Aufstiegs- oder Weiterbildungschancen? ja
- Sind Sie in Ihrem Beruf zufrieden? ja
- Haben Sie in der letzten Zeit den Arbeitsplatz gewechselt? ja
- Besonderheiten? _____ ja

- 13) Wohnen Sie zur Zeit: bei den Eltern? leben einer oder beide Elternteile bei Ihnen?
- in eigener Wohnung? in eigener Wohnung, aber im Hause der Eltern?
- in Untermiete in einer Wohngemeinschaft

- 14a) Ehe: verh. seit _____ gesch. seit _____ getrennt lebend seit _____
- verw. seit _____ wiederverh. seit _____
- Alter und Beruf des Ehepartners _____

- 14b) Kinder: Zahl der lebenden Söhne: _____ Töchter: _____
- Alter:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--
- davon chronisch krank/behindert: _____ durch: _____
- gestorben: _____ wann? _____ im Alter von _____ Jahren
- Besonderheiten: _____

- 15) Gynäkologische Vorgeschichte: Erste Regel im Alter von _____
- Periode: Beschwerden von _____ bis _____
- Unregelmäßigkeiten von _____ bis _____
- längerer Ausfall von _____ bis _____
- Fehlgeburten: keine eine mehrere
- Beschwerden während der Schwangerschaft? ja
- Besonderheiten: _____

- 16) Wichtig!
- Sind Ihnen weitere Besonderheiten erwähnenswert, nach denen nicht gefragt wurde?
- Wenn ja, welche?