

Soziobiographische Anamnese

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum:.....

Datum: .....

1. Sind Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (wie auch Infektionen der Mutter in der Schwangerschaft, Notfall-Kaiserschnitt) bekannt?  
.....  
.....
2. Wissen Sie von Besonderheiten Ihrer frühkindlichen Entwicklung, wie Sprechenlernen, Laufenlernen, Sauberkeitsentwicklung, etc?  
.....  
.....
3. Sind Sie in Ihrer Kindheit einmal länger oder schwerer krank gewesen? Wenn wegen welchen Leidens?  
.....  
.....
4. Notieren Sie bitte alle Ihre Geschwister, inklusive Geburtsjahr, Beruf und Ihre aktuelle Beziehung mit ihnen: Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihren Geschwistern?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Notieren Sie bitte die Vornamen Ihrer Eltern, Geburtsjahr und Berufe. Falls die Eltern bedauerlicherweise schon verstorben sein sollten, woran und in welchem Alter? Litten Sie an Krankheiten?  
.....  
.....  
.....  
.....
6. Wie wurden Sie von Ihren Eltern zur Ordnung erzogen oder bestraft?  
.....  
.....
7. Beschreiben Sie die Atmosphäre Ihres Zuhauses (d.h. der Familie, in der Sie aufwuchsen). Wie gut kamen Ihre Eltern miteinander aus?  
.....  
.....  
.....
8. Konnten Sie sich Ihren Eltern anvertrauen?  Ja  Nein
9. Fühlten Sie sich von Ihren Eltern im Grossen und Ganzen geliebt und anerkannt?  
 Ja  Nein

10. Wo und wie lange sind Sie in den Kindergarten gegangen?

.....  
.....

11. Wo und wie lange sind Sie in die Primarschule gegangen?

.....  
.....

12. Gab es Klassenwiederholungen oder andere Probleme / Auffälligkeiten in Ihrer Schulzeit? Welchen Schulabschluss haben sie gemacht?

.....  
.....

13. Wie waren Sie als Kind und Heranwachsende/r vom Charakter her?

.....  
.....

14. Hatten Sie besondere Interessen, Begabungen, Hobbies?

.....  
.....

15. Haben Sie im Anschluss eine Ausbildung absolviert? Wenn ja, wann und welche? Wenn nein, was waren die Gründe?

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

16. Bei welchen Arbeitgebern haben Sie im Anschluss gearbeitet (und für wie lange)?

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

17. Wie leben Sie gegenwärtig? Mit/ohne PartnerIn? Mit/ohne Kinder? Mietwohnung oder Eigenheim? Gegenwärtige Arbeitsstelle seit wann?

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

18. Von was leben Sie gegenwärtig finanziell (eigenes Einkommen, AHV, Sozial-Leistungen, IV- oder Unfallrente)?

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

19. Sonstige Besonderheiten, wie IV-Berentung, Beistandschaft, Vormundschaft, aktuelle laufende juristische Verfahren? Haben Sie Schulden / Hypothek?

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

20. Waren Sie bisher schon einmal in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?  
Ambulant oder stationär? Wenn ja, wann und wie lange?

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

21. Wurden Sie jemals mit einer psychischen Krankheit diagnostiziert? Wenn ja, welche?

.....  
.....

22. Haben Sie schon einmal Medikamente für emotionale Probleme erhalten? Wenn ja, welche  
Medikamente nehmen Sie aktuell? Bitte listen Sie diese auf.

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

23. Kreuzen Sie bitte jeden Punkt an, der auf Ihre Kindheit und Jugend zutrifft:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Glückliche Kindheit   | <input type="checkbox"/> Unglückliche Kindheit                    |
| <input type="checkbox"/> Psychische Probleme / Verhaltensprobleme                        | <input type="checkbox"/> Konflikte mit dem Gesetz                 |
| <input type="checkbox"/> Todesfall / Todesfall in Familie                                | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Probleme                 |
| <input type="checkbox"/> Nicht genug Aufmerksamkeit bekommen                             | <input type="checkbox"/> Nicht genug Freunde / Freundinnen        |
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule  | <input type="checkbox"/> Finanzielle Bedrängnis                   |
| <input type="checkbox"/> Ausgeprägte religiöse Überzeugungen                             | <input type="checkbox"/> Drogen                                   |
| <input type="checkbox"/> Alkohol   | <input type="checkbox"/> Äusserst hart bestraft worden            |
| <input type="checkbox"/> Sexuell missbraucht worden                                      | <input type="checkbox"/> Massiv schikaniert oder gehänselt worden |
| <input type="checkbox"/> Essstörung (Übergewicht, Untergewicht, Bulimie, Anorexie, etc.) |   |

24. Waren sie schon in somatischen Spitälern, z.B. wegen Operationen oder anderen medizinischen  
Erkrankungen? Wenn ja, wann, wo und weshalb?

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

25. Sind in Ihrer Familie, bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Grosseltern, psychische Krankheiten  
bekannt, wie Depressionen, Suchterkrankungen, ADHS, oder ähnliche?

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

22. Haben wir noch einen für Sie wichtigen Bereich vergessen, zu dem Sie uns gern  
noch etwas mitteilen wollen?

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

Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihre Mithilfe!