

## Fragebogen zur Erfassung der Körpergeschichte

Unsere psychotherapeutische Arbeit geht davon aus, dass Körper, Gefühle und Geist nicht unabhängig voneinander sind, sondern einander beeinflussen. Darum sind für uns nicht nur Ihre seelischen Beschwerden, sondern auch körperliche Erkrankungen und Symptome wichtig. Bei den Fragen zu Ihrer aktuellen Befindlichkeit interessiert, was für Sie besonders typisch und stärker ausgeprägt ist als bei der Mehrzahl der anderen Menschen. Falls es für Ihre Notizen zu wenig Platz hat, benutzen Sie bitte auch die Rückseite.

**Name, Geburtsdatum:**

**Frühere Erkrankungen:**

Welche Krankheiten, Operationen oder Unfälle haben Sie gehabt, angefangen bei den Kinderkrankheiten? In welchem Jahr jeweils?

**Familienanamnese:**

Welche Krankheiten kommen bei Ihren Eltern, Grosseltern, Geschwistern etc. vor? Woran und in welchem Alter sind sie gestorben?

Mutter:

Grossmutter mütterlicherseits:

Grossvater mütterlicherseits:

Vater:

Grossvater väterlicherseits:

Grossmutter väterlicherseits:

Geschwister:

Gibt es familiär gehäufte Krankheiten?

**Schlaf:**

Wie ist ihr Schlaf? Machen Sie etwas Typisches während des Schlafes wie Reden, Zähneknirschen, Schwitzen, Schlafwandeln? Wie geht es mit Ein- und Durchschlafen? Wie stehen Sie morgens auf? Kennen Sie wiederholte Träume oder Traumthemen?

**Nervensystem und Sinnesorgane:**

Haben Sie häufig Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Lähmungen, Gleichgewichts- oder Gangstörungen? Haben Sie schon einmal einen epileptischen Krampfanfall gehabt? Leiden Sie unter Seh- oder Hörstörungen?

**Magen-Darm-Trakt:**

Wie sind Appetit, Durst und Verdauung? Wie ist Ihr Stuhlgang in der Regel? Haben Sie häufig Bauchschmerzen, Blähungen, Magenbrennen oder saures Aufstossen? Wie sind Ihre Essgewohnheiten (Diäten?), Körpergewicht und Körperlänge?

**Atemwege:**

Leiden Sie an chronischen Atemwegsproblemen wie Asthma, Husten, chronischer Erkältung?

**Nieren und Harnwege:**

Hatten Sie als Kind Probleme mit Bettnässen? Leiden Sie an gehäuftem Blasenentzündungen, Schmerzen beim Wasser lösen, Nierenproblemen?

**Gelenke, Muskulatur:**

Haben Sie Gelenkprobleme oder häufig Muskelverspannungen?

**Menstruationszyklus, Schwangerschaft:**

Wie ist Ihr Menstruationszyklus (ohne Pille)? Regelmässig, mit oder ohne Beschwerden? Sind Sie gereizt oder traurig vor der Periode? In welchem Alter war Ihre erste Menstruation? Gab es Besonderheiten bei allfälligen Schwangerschaften oder Geburten? Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt oder eine Abtreibung?

**Sexualität:**

Gibt es Besonderheiten oder Probleme in Ihrem sexuellen Erleben oder in Ihrem Umgang mit Sexualität? Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

**Medikamente, Drogen, Genussmittel:**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? Haben Sie schon einmal Drogen konsumiert? Wenn ja: welche, in welchem Alter, wie lange, wie häufig, in welcher Dosis? Wie gehen Sie mit folgenden Genussmitteln um: Nikotin, Alkohol, Kaffee, Süssigkeiten?