

# Anamnesefragebogen



Zertifiziert  
als Coach/in

Geprüfte Professionalität | Werteorientiert

Deutscher Fachverband Coaching DFC

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Möglichkeit **vor** Ihrem Erst-Termin aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und das Coaching für Sie individuell zu gestalten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfe ich Ihnen gerne.

**Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.**

<b>Name:</b>		<b>Beruf:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>E-Mail:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>Telefon / Mobil:</b>	
<b>PLZ – Ort:</b>		<b>Wer hat mich empfohlen?</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Familienstand / Kinder</b>			

WAS IST IHR WUNSCH AN MICH? WORIN BESTEHT IHR ZIEL? WAS ERWARTEN SIE VON DER BERATUNG?

WORIN BESTEHT IHR MOMENTANES PROBLEM?

# ANAMNESEBOGEN - FRAGENKATALOG TEIL 1 - ALLGEMEIN

WER IST DER AUFTRAGGEBER? – KOMMEN SIE AUS EIGENEM ENTSCHEIDUNG? – WER UNTERSTÜTZT SIE?

---

---

---

WAS WOLLEN SIE VERÄNDERN? - WAS DARF/SOLL SICH NICHT ÄNDERN?

---

---

---

---

---

WAS HABEN SIE BEREITS UNTERNOMMEN?

---

---

---

---

---

NEHMEN ODER NAHMEN SIE MEDIKAMENTE? - GAB ES BEREITS EINE THERAPIE?  
BEFINDEN SIE SICH IN THERAPIE ODER ÄRZTLICHER BEHANDLUNG WEGEN DEM PROBLEM?

---

---

---

---

---

GIBT ES IN DER FAMILIE PSYCHISCHE VORERKRANKUNGEN?

---

---

---

---

## **ANAMNESEBOGEN - FRAGENKATALOG TEIL 2 - BERUF UND FAMILIE**

**WIE GUT KÖNNEN SIE GRENZEN SETZEN? - KENNEN SIE IHRE GRENZEN? -  
GEHEN SIE OFT ÜBER EIGENE GRENZEN?**


**KENNEN SIE IHRE GEFÜHLE UND BEDÜRFNISSE UND KÖNNEN SIE DIESE AUCH AUSSPRECHEN?**


**IST DAS, WAS SIE TUN, FÜR SIE SELBST NIEMALS GUT GENUG? - -SIND SIE LEISTUNGSBEZOGEN?**


**WIE GUT GELINGT IHNEN DAS DELEGIEREN?**


**WELCHE ROLLE SPIELT BEI IHNEN PFLICHTBEWUSSTSEIN?**

---

---

---

---

---

**NEIGEN SIE DAZU, SITUATIONEN STARK KONTROLIEREN ZU WOLLEN?**

---

---

---

---

---

**WIE ZUFRIEDEN SIND SIE DERZEIT MIT IHRER BERUFLICHEN SITUATION?**

---

---

---

---

---

**WELCHE BERUFLICHEN BELASTUNGEN ODER HERAUSFORDERUNGEN ERLEBEN SIE AKTUELL?**

---

---

---

---

---

**GAB ES IN IHRER BERUFLICHEN LAUFBAHN BRÜCHE, WECHSEL ODER LÄNGERE PAUSEN?**

---

---

---

---

---

WIE IST IHRE DERZEITIGE FAMILIÄRE SITUATION (Z. B. PARTNERSCHAFT, KINDER, ANGEHÖRIGE IM HAUSHALT)?

---

---

---

---

WIE WÜRDEN SIE DIE BEZIEHUNG ZU IHRER HERKUNTSFAMILIE BESCHREIBEN?

---

---

---

---

GIBT ES DERZEIT FAMILIÄRE BELASTUNGEN ODER KONFLIKTE?

---

---

---

---

WIE IST IHRE ROLLE INNERHALB DER FAMILIE?

---

---

---

---

WIE OFT UND IN WELCHER FORM HABEN SIE KONTAKT ZU NAHEN ANGEHÖRIGEN?

---

---

---

---

# Anamnesebogen - Fragenkatalog - Teil 3 - Auswirkungen

SPÜREN SIE, DASS SIE GESTRESST SIND? - WENN JA, WIE?

---

---

---

---

WELCHE GEDANKEN KOMMEN ? - WIE VERHALTEN SIE SICH?

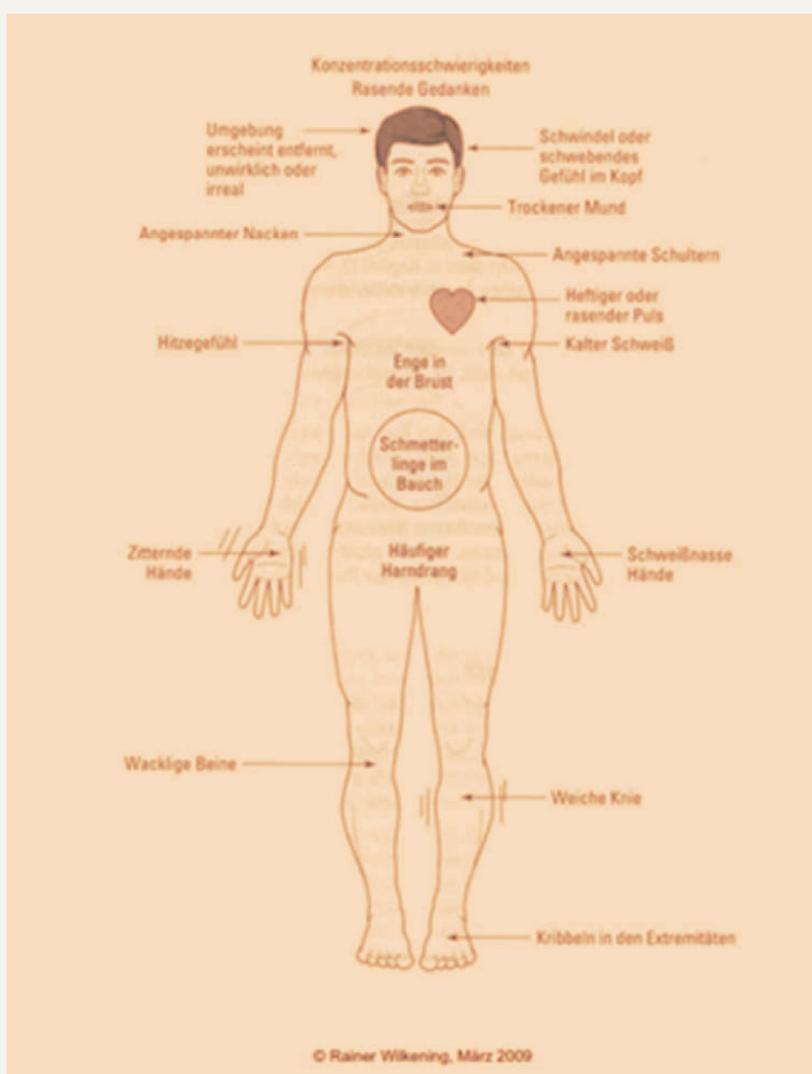
---

---

---

---

WELCHE KÖRPERLICHEN ANZEICHEN ENTWICKELN SIE, WENN SIE GESTRESST SIND?  
BEARBEITEN SIE DAS FOLGENDE ARBEITSBLATT UND KENNZEICHNEN SIE DIESE



AUF EINER SKALA VON 1-10, 1 IST AM WENIGSTEN, 10 AM STÄRKSTEN:  
WIE GESTRESST FÜHLEN SIE SICH IM MOMENT?

1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10

WELCHEN EINFLUSS HABEN DIE STRESSREAKTIONEN AUF IHR ALLTÄGLICHES LEBEN UND  
AUF ANDERE MENSCHEN?


IN WELCHEN SITUATIONEN WIRD DIE STRESSREAKTION AUSGELÖST?


WANN GENAU ERLEBEN SIE STRESS WENIGER ODER GAR NICHT?


WELCHE BEDINGUNGEN VERSCHLECHTERN DIE SITUATION, WELCHE DINGE ENTSPANNEN SO EINE  
STRESSSITUATION?


WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN BESSEREN UND SCHLECHTEREN TAGEN?


WIE HABEN SIE ES GESCHAFFT, DASS ES NICHT NOCH SCHLIMMER WIRD?


WER AUSSER IHNEN HAT EINFLUSS DARAUF, WIE GESTRESST SIE SICH FÜHLEN?


WIE SEHEN ZEITEN AUS, IN DENEN SIE KEINEN STRESS EMPFINDEN?


WAS HABEN SIE IN DIESER ZEIT ANDERS GEMACHT?


## Anamnesebogen - Fragenkatalog Teil 4 - Ressourcenorientierte Fragen

WAS HAT IHNEN IN SCHWIERIGEN ZEITEN BISHER GEHOLFEN, WIEDER INS GLEICHGEWICHT ZU KOMMEN?


WAS MACHEN SIE GERNE, WAS TUT IHNEN GUT?


WAS MÜSSTEN SIE MACHEN, UM ES ÖFTER ZU TUN?


WELCHE STRATEGIEN HELFEN IHNEN, DEN ALLTAG ZU MEISTERN?


WORAUF SIND SIE IN IHREM LEBEN BESONDERS STOLZ?


WELCHE MENSCHEN ODER BEZIEHUNGEN GEBEN IHNEN KRAFT UND UNTERSTÜTZUNG?


WELCHE FÄHIGKEITEN ODER STÄRKEN HELFEN IHNEN IM ALLTAG BESONDERS WEITER?


WANN HABEN SIE SICH DAS LETZTE MAL RICHTIG WOHL ODER „GANZ BEI SICH“ GEFÜHLT – WAS WAR DA ANDERS?
