

**Anamnese-Fragebogen für Verhaltenstherapie bei Erwachsenen**

Name	Chiffre <small>bitte freilassen</small>	Alter in Jahren und Monaten	Datum der Bearbeitung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____,

Das **Ziel** dieses Fragebogens besteht darin, ein möglichst **umfassendes Bild** von Ihnen und ihrer **Situation/Umwelt** zu bekommen, um ihre Probleme/Sorgen besser einordnen zu können und somit die Grundlage für eine **effektive** und **gute Behandlung** zu schaffen.

Durch ihre vollständige Bearbeitung des Fragebogens verkürzen Sie ihre Therapiezeit und erleichtern mir das **Erkennen** der **Problemzusammenhänge**. Sollten Sie gegenwärtig nicht alles beantworten wollen, besteht im Verlauf die Möglichkeit zu ergänzen.

In der Verhaltenstherapie arbeiten wir an den Problem vorbedingenden-, auslösenden- und aufrechterhaltenden Faktoren. Diese herauszufinden ist u.a. Gegenstand dieses Fragebogens. Als Ihr Behandler begleite ich Sie auf ihrem individuellen Weg der Genesung und Entwicklung.

---Verhaltenstherapie ist Hilfe zur Selbsthilfe---

*Viele der Fragen sind sehr persönlich. Ihre **Angaben** werden **streng vertraulich** behandelt. Es ist keinem Dritten (Arzt, Beratungsstelle etc.) ohne Ihr ausdrückliches Einverständnis gestattet Einsicht zu nehmen.*



Durchführungshinweis: Bitte planen Sie für die **Bearbeitung** zwischen 3-5 Stunden störungsfreier Zeit ein und bringen Sie ihn ausgefüllt zum nächsten Vorgespräch mit.

(I) Angabe zur Symptomatik:

1. Bitte **markieren** Sie im Folgenden die **Probleme**, die in Ihrer **Kindheit/Jugend** für einen **längeren Zeitraum als drei Monate** auftraten, die auch noch heute bestehen können.

Nägelknabbern – Haarausreißen – Tics – Einnässen – Einkoten – Anfallsleiden – Krämpfe – Schlafwandeln – nächtliches Schreien – Entwicklungsverzögerung – vorzeitige Entwicklung – Wachstumsstörung – Übergewicht – Untergewicht – Essstörungen (Ess-Brechsucht oder Magersucht) – Selbstverletzungen – übermäßige Selbstbefriedigung – sexuelle Abweichungen – Stehlen – Lügen – Zündeln – Ausreißen – Schuleschwänzen – Konzentrationsstörungen – Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen – Lispeln – Stottern – Stimmeln – Poltern – anderweitige Sprachstörungen – Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden – Magen-Darm-Beschwerden – Übelkeit – Missbrauch von: Medikamenten/Alkohol/Drogen/Zigaretten – Allergien – Atembeschwerden – Asthma – übertriebener Ehrgeiz – Leistungsschwankungen – Minderwertigkeitsgefühle – Kontaktprobleme – Unselbstständigkeit – Ängste – Zwänge – Ordnungsdrang – Schlampigkeit – Distanzlosigkeit – Kasperlverhalten – aggressives Verhalten – Trotz – Eifersucht – Selbstmordäußerungen – Traurigkeit



2. Bitte markieren und ergänzen Sie folgend welche der unten genannten Probleme, die **aktuell** auf sie **zutreffen**.

Schmerzen – Schlafstörungen – Arbeitsstörungen – Angst vor Menschen – Unsicherheit – Minderwertigkeitsgefühle – Erröten – Zittern – Schwitzen – Kloßgefühl – Angst vor Umweltzerstörung – Angst vor dem Alleinsein – wechselnde körperliche Beschwerden – sexuelle Probleme – Stimmungsschwankungen – grundlos anhaltende Traurigkeit – Selbstmordgedanken – Sprachstörungen – Panikzustände – Partnerschaftsprobleme – Tagträume – Grübeln – Verfolgungsgedanken – Überempfindlichkeit – Katastrophenphantasien – Ohnmachtsanfälle – Angst vor Höhen – Angst in geschlossenen Räumen – Angst vor spezifischen Situationen/Dingen – Schuldgefühle – übertriebene Aufregung – Zukunftsängste – Hilflosigkeit – Selbstmordversuche – Prüfungsangst – häufige Arbeitsplatzwechsel – Schwindel – Herzbeschwerden – innere Unruhe – körperliche Unruhe – Kopfschmerzen – Benommenheit – Bewegungsmangel – Magen/Darm-Beschwerden – Zwänge – Spielsucht – Arbeitssucht – Kontaktprobleme – Konflikte – Ärger – Alkoholkonsum – Beruhigungsmittelkonsum – Schlaflosigkeit – Diäten – Drogenkonsum – Störungen des Essverhaltens – Lustlosigkeit – Überforderung – Unterforderung – Entscheidungsprobleme – finanzielle Probleme – Abhängigkeit – Einsamkeit – Konzentrationsschwierigkeiten – Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit – Gewichtsverlust – Appetitlosigkeit – Wutausbrüche – Allergien – Asthma – Libidoverlust – schwerwiegende Krankheiten

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Problem unter dem sie momentan **am meisten leiden**, auf den **Grund Ihre Kommens**:

3. Angaben zur Symptomatik, Problembeschreibung: (Bsp.: Schwindel, Angst, Eheprobleme, etc.)

4. Seit wann bestehen Ihre Probleme? (erstmaliges Auftreten der Beschwerden)

5. Wie haben sich Ihre Probleme von ihrem ersten Auftreten bis heute entwickelt?

6. Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? (ambulant, teilstationäre oder stationäre Klinik) -> Befunde bitte mitbringen!

Bsp.: Therapieform: Psychoanalyse bei XY // Jahr: 2012 // Dauer: April bis Dezember



7. Wie versuchten Sie sich bereits selbst zu helfen? (Bsp.: Sport, Ablenkung, Gespräche, Meditation, etc.)

(II) Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

1. Bitte beschreiben/benennen Sie **wichtige Ereignisse** (angenehme oder unangenehme), **ihrer Lebensgeschichte** die sie geprägt haben und die sie in einem möglichen Zusammenhang mit ihren derzeitigen Problemen sehen.

0. bis 3. Lebensjahr (Bsp.: Schwangerschaftsprobleme, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung, wer hat sie betreut, wo sind sie aufgewachsen, etc.)

3. bis 6. Lebensjahr (Bsp.: Kindergartenzeit, Umzüge, Wechsel von Bezugspersonen, Hauptbezugsperson, usw.)

6. bis 10. Lebensjahr (Bsp.: Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Mitschülern, schulische Leistungen, usw.)

10. bis 15. Lebensjahr (Bsp.: erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme, welche Bezugsgruppe usw.)



15. bis 20. Lebensjahr (Bsp.: Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung/Auszug Elternhaus, Einstellung oder Beziehung zum anderen Geschlecht, usw.)

20. bis 25. Lebensjahr (Bsp.: Abgrenzungswünsche Elternhaus, berufliche Karriere, Heirat, Reisen, Familiengründung, etc.)

Ab dem 25. Lebensjahr bis aktuell

2. Familie: *Wie erlebten Sie die Atmosphäre in ihrer Herkunftsfamilie (Bitte zutreffendes markieren und ergänzen).*

harmonisch – angespannt – konfliktvermeidend – durch Streit geprägt – ruhig – hektisch – liebevoll – unpersönlich – feindselig – willkommen – geborgen – überbehütet – erdrückend – ermutigend – friedvoll – offen – restriktiv

In ihren eigenen Worten: _____



Fragebogen für **Verhaltenstherapie** bei Erwachsenen

Angaben zur **Mutter**:

Alter bei Ihrer Geburt: falls verstorben Todesjahr und Ursache

*Beschreiben Sie die **Persönlichkeit Ihrer Mutter** (Wie haben sie ihre Mutter erlebt?)*

*Und ihre gegenseitige **Beziehung** während ihrer **Kindheit** (Bsp. viel gespielt, angestrengt, angstbesetzt, etc.)*

*Welche **Erlebnisse** mit ihrer Mutter **prägen** Sie noch **heute**?*

(das können auch scheinbar kleine/unbedeutende Momente sein)

*Bitte notieren Sie **drei typische Sätze** Ihrer Mutter.*

1. _____
2. _____
3. _____

*Wie war der **Erziehungsstil** Ihrer **Mutter**. Bitte beschreiben Sie (Bsp.: Lob, Strafen, Regeln, etc.).*

*Wie/Wodurch versuchen Sie heute selbst, einen **Beitrag** zu einer **befriedigenden Beziehung** zu Ihrer **Mutter** zu leisten? (Bsp. einmal pro Woche anrufen, gemeinsame Rituale pflegen, etc.)*



Fragebogen für **Verhaltenstherapie** bei Erwachsenen

Angaben zum **Vater**:

Alter bei Ihrer Geburt: falls verstorben Todesjahr und Ursache

*Beschreiben Sie die **Persönlichkeit** Ihres **Vaters** (Wie haben sie ihren Vater als Mensch erlebt?)*

*Und ihre gegenseitige **Beziehung** während ihrer **Kindheit***

*Welche **Erlebnisse** mit ihrem Vater **prägen** Sie noch **heute**?*

*Bitte notieren Sie **drei typische Sätze** Ihres **Vaters**.*

1. _____
2. _____
3. _____

*Wie war der **Erziehungsstil** Ihres **Vaters**. Bitte beschreiben Sie (Bsp.: Lob, Strafen, Regeln, etc.).*

*Wie versuchen Sie heute selbst, einen **Beitrag** zu einer **befriedigenden Beziehung** zu Ihrem **Vater** zu leisten?*



Fragebogen für **Verhaltenstherapie** bei Erwachsenen

Geschwister: Bitte beschreiben Sie ihre Beziehung zu ihren Geschwistern.

Name	Alter	Kindheit	Aktuell

andere Bezugsperson(en): Welche anderen wichtigen Menschen gibt es in ihrem Leben und was verbinden Sie mit dem(der)jenigen?

Name	Das verbindet uns heute/das machen/teilen wir gemeinsam
•	➤
•	➤
•	➤
•	➤
•	➤
•	➤
•	➤

(i) Welche **Einstellungen** hatten ihre Eltern/Geschwister gegenüber **Sexualität**?

(ii) Gab es **sexuelle Anzüglichkeiten** oder **Missbrauch** in Ihrer Familie?

Familiäre Vorerkrankungen: Welche der folgenden Erkrankungen trifft auf eines ihrer Familienmitglieder zu?

Erkrankung	Wer ist erkrankt?	Wie geht er/sie damit um?	Welchen Einfluss hat(te) das auf sie?
Seelisches Leiden (psychische Störung)			
Schwere körperliche Erkrankung			
Alkohol- oder Drogenproblem			
Selbstmordversuche/ Suizid			
Behinderung			
Ähnliche Symptomatik wie Sie?			



3. Wie war Ihre schulische und berufliche Laufbahn?

a) Welche Schulzweige besuchten Sie (von – bis)?

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

b) Schulabschluss: _____ und Durchschnittsnote: _____

c) Anschließende Berufsausbildung: _____
im Zeitraum von: _____ bis: _____

d) Zusätzliche Schulbesuche/Weiterbildungen: _____

e) Welche Berufsvorstellung(en) hatten Ihre Eltern für sie? _____

Wie haben Ihnen Ihre Eltern dies verdeutlicht? _____

f) Was war Ihr eigener Berufswunsch? _____

g) bisherige Arbeitsstellen:

Wo haben sie gearbeitet	Waren Sie zufrieden?	Grund des Wechsels/Austritt

h) Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation (jetzige Tätigkeit)?

i) Sind Sie damit zufrieden?

j) Welche Veränderungswünsche bestehen?

k) Ist Ihre finanzielle Situation geregelt?

l) Haben Sie Schulden, falls ja, in welcher Höhe und bestehende Regelungen?



Partnerschaft und Kinder

Alter des Partners:	
Schulabschluss:	
Beruf:	
befreundet seit:	
verheiratet seit:	

In diesen Bereichen **verstehen** wir uns **gut**:

In diesen Bereichen **verstehen** wir uns **weniger gut**:

Das **wünsche** ich mir für meine **Partnerschaft**:

Welche **wichtigen früheren Partnerschaften** gab es und wie lange hielten (**Dauer**) sie an?

Kinder

Name:	
Geschlecht:	
Alter:	
Schule/Beruf:	
Positives:	
Negatives:	
Ihre Beziehung zueinander:	
Spezielle Probleme:	

Name:	
Geschlecht:	
Alter:	
Schule/Beruf:	
Positives:	
Negatives:	
Ihre Beziehung zueinander:	
Spezielle Probleme:	

Name:	
Geschlecht:	
Alter:	
Schule/Beruf:	
Positives:	
Negatives:	
Ihre Beziehung zueinander:	
Spezielle Probleme:	

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, bzw Schwangerschaftsabbrüche oder Anderes?



Aktuelle Lebenssituation

a) Sind Sie mit Ihrer **aktuellen Wohnsituation** zufrieden?

 Ja Nein

b) Was ist **positiv**? _____

c) Was ist **negativ**? _____

d) Wie **verbringen** Sie ihre **Freizeit**?

e) Welche **Freunde** und **Bekannte** haben Sie?

Vorname	Alter	Dauer der Freundschaft	Gemeinsamkeiten	Wie oft Kontakt?

f) Welches sind Ihre **Interessen/Freizeitaktivitäten** und **wie häufig** beschäftigen Sie sich damit?

g) **Mögen** Sie **Wochenende** und **Urlaub**? Was daran **gefällt** ihnen, **was nicht** so sehr?

h) Was möchten Sie **konkret** an ihrer Lebenssituation **verändern**?

i) Was **genau** **hindert** sie daran?

j) Wie versuchen Sie **sich** bereits **selbst** dabei zu **helfen** Ihr(e) Ziel(e) zu erreichen?



(III) psychischer Befund und Beziehung zum Therapeuten

1) Wie ist für gewöhnlich Ihre **Grundstimmung**?

2) Haben Sie in der Schule, beim Arbeitsamt oder an anderer Stelle bereits eine **psychologische Testuntersuchung** gemacht? (Wo mit welchem Resultat) **Befunde bitte mitbringen!**

3) Wie wünschen Sie sich **idealerweise** Ihre **Beziehung** zu ihrem Therapeuten?

4) Wie stellen Sie sich den **idealen Patienten** vor?

5) **Was davon** glauben Sie **nicht erfüllen** zu können?

6) **Was befürchten** Sie im Kontakt mit ihrem Therapeuten am meisten?

(IV) somatischer Befund

1) **Welche** ärztlichen **Diagnosen** und Untersuchungsbefunde der letzten 5 Jahre sind Ihnen bekannt? **Befunde bitte mitbringen!**

2) **Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen** haben Sie durchgemacht?

3) Wie sind Ihre **Größe** _____ und **Gewicht** (heute) _____ und **mit 18 Jahren** _____?

4) **Wie ernähren** Sie sich (spezielle Art und Weise)? _____

5) **Zählen Sie Kalorien?** Ja Nein **Wie viele pro Tag?**

6) **Wann** gehen sie in der Regel **zu Bett?** **Wann** stehen sie **wieder auf?**

7) Wie viele Stunden **schlafen** sie **durchschnittlich?** Stunden.

7.1 Reicht ihnen das? Ja Nein

8) Wie viele Stunden **arbeiten** sie **pro Woche?** Stunden.

8.1 Welche Arbeitszeit wünschen sie sich? _____



Substanzkonsum

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie **in den letzten 5 Jahren** eingenommen haben.

<u>Medikament(e)</u>	<u>Menge pro Tag</u>	<u>Alkohol</u>	<u>Menge je Tag/Woche</u>	<u>Zigaretten pro Tag</u>
-	-	-	-	-
-	-	-	-	<u>Kaffee/Tee pro Tag</u>
-	-	-	-	-

Drogen

Cannabis	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Speed	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Extasy	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Crystal Meth	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kokain	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Pilze	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kräutermischungen	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Opiate	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Gramm/Tag → aktueller Konsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gesundheitsverhalten

Was tun Sie schon jetzt, um sich gesund und ihren Körper fit zu halten (Bsp: Sport, Ernährung, Meditation usw.)?

(V) Verhaltensanalyse

(A) Bedingungsanalyse. (1) Was ist Ihnen über die **Entstehungsprobleme** ihrer Probleme bekannt und was glauben Sie selbst womit sie zusammenhängen?

(2) Wann und unter welchen Situationen und Bedingungen **treten Ihre Probleme gehäuft** auf?

(3) In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre **Probleme nicht**, bzw. **seltener** auf? Wann fühlen Sie sich besser?



(B) Erlebensebenen des geschilderten Hauptproblems. (1) *Welchen typischen Gedanken gehen Ihnen im Zusammenhang mit ihrem Hauptproblem durch den Kopf?*

(Bsp: Ich schaffe das alles nicht.)

(2) *Welche Gefühle sind damit überwiegend verbunden?*

(Bsp: Überforderung, Angst)

(3) *Welche typischen körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit ihren Problemen?*

(Bsp: Zittern, Luftnot)

(4) *Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt?*

(Bsp: Rückzug ins Bett, Handy spielen, etc.)

(C) Funktionsanalyse (Krankheitssinn). (1) *Wer unterstützt Sie mit ihren Problemen, wer hilft und/oder spricht mit ihnen?*

(2) In jeder Krise steckt auch eine Chance. **Welchen** möglichen **Sinn** könnte ihr Problem haben?

für sie selbst

für andere:

(3) **Was möchten Sie in der freien Zeit tun**, die sie möglicherweise dann haben, wenn sie sich nicht mehr mit ihren Problemen beschäftigen müssen?

(4) **Welche Person(en) außer ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?**

(5) **Woran genau hindert sie Ihr Problem?**

(6) **Wann benutzen sie Ihr Problem auch schon mal als Ausrede?**

(7) **Was müsste passieren, dass Ihre Probleme wie von selbst verschwinden?**

(8) **Auf welche mögliche Überlastung/Überforderung macht sie Ihr Problem aufmerksam?**



(D) Analyse weiterer Einflußfaktoren.

(I) Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten.

(1) Was können sie gut? Was macht ihnen Spaß, sowohl früher, als auch heute?

(2) Wofür erhalten Sie Lob oder Anerkennung?

(3) Was beruhigt sie?

(II) Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten.

(1) Wie haben sie sich bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?

(2) Sind sie bereit zwischen den einzelnen Sitzungen Therapieaufgaben zu erledigen (zBsp. Tägliche Problemaufzeichnungen, Kontaktübungen, o.ä.)? Ja Nein

(3) Wieviel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen...

sie selbst _____ (0 bis 100%), **wieviel andere** _____ (0 bis 100%),

(III) Defizite, Schwächen, fehlende Strategien über das Hauptproblem hinaus

(1) Welche Anforderungen des Lebens fallen ihnen schwer zu erfüllen?

(2) Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

(3) In welchen Situationen fühlen Sie sich regelmäßig völlig hilflos/überfordert?

(4) Was vermeiden sie wenn es ihnen möglich ist?



(E) Motivationsanalyse

(1) In welcher Form können **sie selbst aktiv zur Unterstützung Ihrer gewünschten Veränderung beitragen?**

(2) **Wer** außer Ihnen hat **noch** Interesse, dass sie sich in Therapie begeben?

(3) **Wer** steht ihrer Psychotherapie **eher ablehnend** gegenüber?

(4) **Wie dringend** ist es für Sie selbst, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

Bitte schätzen Sie ein: 0 – 20 – 40 – 60 – 80 – 100 (ankreuzen)
 unnötig mittel dringend nötig

(5) **Welche** ihrer Bezugspersonen würde gelegentlich zu Therapiesitzungen mitkommen? Wen würden Sie gerne mit einbeziehen und in welcher Form?

(VI) Diagnose

(a) Wie bezeichnen **sie selbst** Ihr Problem? _____

(b) Wie bezeichnen **andere** Ihr Problem? _____

(c) **Diagnose** des **Hausarztes**? _____

(d) andere **fachärztliche Diagnose**? _____

(VII) Therapieziele

(A) Nennen Sie bitte **ihr drei wichtigsten Veränderungsziele** und **was** wäre ihrer Ansicht nach zu **tun**, diese auch **zu erreichen**?

Ziel(e)		Das könnte ich tun , sie zu erreichen.
1.	↔	1.
2.	↔	2.
3.	↔	3.

(B) *Wie haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern, oder was könnten sie zusätzlich noch beitragen?*



(VIII) Behandlungsplan

(1) **Wieviel Zeit** planen Sie **pro Tag** für **therapeutische Aufgaben** zur **Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte** ein? _____

(2) **Wie viele Sitzungen** und **Monate** sollte eine **therapeutische Behandlung ihrer Meinung** nach **dauern** (mindestens und höchstens) ? _____

(3) **Wie haben Sie sich im Vorfeld** der **Therapie** mit **Hilfsmöglichkeiten** beschäftigt (autogenes Training, Selbsthilfeliteratur, Fachbücher, etc)? _____

(4) **Welche Veränderungsschritte** kosten **am wenigsten** **Mut**

(5) **Welche Veränderungsschritte** kosten **am meisten** **Mut**

zum Abschluss

Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Ausfüllen des Fragebogens? **Welche Gedanken**, welche **Gefühle** bemerken Sie, was geht in Ihrem **Körper** vor? Was möchten Sie jetzt **am liebsten tun**?

Der Erfolg Ihrer Behandlung hängt maßgeblich von Ihrer Bereitschaft ab, sich mit ihren Problem und Schwierigkeiten offen und ehrlich auseinander zu setzen und sich in den Zeiten zwischen unseren Sitzungen mit den Therapieaufgaben zu beschäftigen. Die offen und ehrliche Bearbeitung dieses Fragebogens stellt bereits einen ersten wichtigen, therapeutischen Schritt in Richtung einer Veränderung (Selbstreflexion) in Ihren Leben dar. Hierfür danke ich Ihnen.

Für Ihre Behandlung wünsche ich Ihnen alles Gute und stehe ihnen bei Fragen gern zur Verfügung.

Zu Guter letzt...

Praxis für Psychologie und Psychotherapie

Dipl.-Psych. Michael Sauer

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)

am Bärplatz 6/7

D-06366 Köthen (Anhalt)

Tel: 03496-3094561

E.-Mail: praxis@psychotherapie-michael-sauer.de

telefonische Sprechzeiten

Mo. & Fr. 8:00 bis 9:00 Uhr

Behandlungszeiten (Termine erfolgen immer nach Vereinbarung)

Mo. & Fr. 9:00 bis 18:00 Uhr

Di. bis Do. 8:00 bis 18:00 Uhr

Bitte beachten Sie auch das **Angebot** auf meiner **Internetseite**.

Hier finden Sie u.a.:

- ✓ Materialien zu vielfältigen Erkrankungen
- ✓ das Kontaktformular zur Aufnahme
- ✓ diesen Anamnesebogen
- ✓ die aktuellen Praxishinweise (u.a. zu Urlaubszeiten, Weiterbildungen, neuen Therapieangeboten etc.)