

Psychische Störungen in der Arbeitswelt erkennen
- unser Netzwerk Psychische Gesundheit
Anamnesebogen

BERUFSANAMNESE:	SCHICHTARBEIT
FAMILIENANAMNESE:	

EIGENANAMNESE:

JETZIGE BESCHWERDEN:

Appetit	Stuhlgang	Rauchen	Drogen
Gewicht	Miktion	Alkohol	

HABEN SIE AKUTE UND/ODER CHRONISCHE SCHMERZEN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
--	---

PSYCHISCHE GESUNDHEIT	
1. HABEN SIE SCHLAFPROBLEME?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2. HABEN SIE WENIGER INTERESSE ODER FREUDE AN DINGEN UND AKTIVITÄTEN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3. FÜHLEN SIE SICH <input type="checkbox"/> NIEDERGESCHLAGEN <input type="checkbox"/> DEPRIMIERT <input type="checkbox"/> HOFFNUNGSLOS?	
4. FÜHLEN SIE SICH IN IHREM ANTRIEB BZW. ELAN BEEINTRÄCHTIGT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
5. FÜHLEN SIE SICH <input type="checkbox"/> ANGESpanNT, <input type="checkbox"/> ÄNGSTLICH UND <input type="checkbox"/> BESORGT?	
6. HATTEN SIE EINEN ANGST- ODER PANIKANFALL?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
7. VERMEIDEN SIE BESTIMMTE SITUATIONEN AUS ANGST?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
8. LEIDEN SIE IN DER LETZEN ZEIT ZUNEHMEND UNTER ERSCHÖPFUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
9. HAT SICH IHRE KONZENTRATIONSFÄHIGKEIT IN DER LETZTEN ZEIT VERÄNDERT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
10. SIND SIE IN DER LETZTEN ZEIT STÄRKER REIZBAR UND LAUNISCH?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
11. GIBT ES AKTUELLE BELASTUNGEN VON DENEN SIE SICH ÜBERFORDERT UND BEEINTRÄCHTIGT FÜHLEN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN