

FORMULÁRIO

ANAMNESE

Dados Pessoais

Nome:

RG:

Data de nascimento: ____/____/____

CPF:

Estado Civil:

Endereço:

Cep:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone Residencial:

Celular:

E-mail:

Profissão:

Empresa:

Atividade:

Cargo:

Religião:

Escolaridade:

Queixa Principal – O que te trouxe até aqui?

Fase 01 – Vida Pessoal

É casada (o), solteira (o) ou divorciada (o)?

Se é divorciada (o), por qual motivo e como se sente?

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Número de filhos:			
Como é o seu relacionamento com seus filhos?			
Como você se sente em seu relacionamento com sua parceira (o)?			
Como você se sente em sua casa, dentro do contexto familiar?			
Como você se sente no seu trabalho?			
Você se sente pertencendo ao Contexto Familiar?		Sim	Não
Por quê?			
Você se sente pertencendo ao Contexto Social?		Sim	Não
Por quê?			
Você se sente pertencendo ao Contexto Religioso?		Sim	Não
Por quê?			
Você sente frustração em relação a			
Pais?			
Irmãos?			
Filhos?			
Profissão?			

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Colégio?					
Cônjuge?					
Identidade Sexual?					
Vida Sexual?					
Por quê?					
Iniciou sua sexualidade com que idade?					
Como foi sua primeira vez? <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Satisfatória					
Tem tido algum problema em relação ao sexo?					
Atualmente sempre se realiza nas relações sexuais?					
O sexo para você é algo: <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Sem importância <input type="checkbox"/> Muito importante					
Algum trauma?					
Qual?					
Alguma fobia?					
Qual?					
Tem medo de alguma coisa?					
De quê?					
Usa drogas?					
Quais?					
Dores de cabeça?					
Com que frequência?					
Insônia?					
Com que frequência?					
Tem ideias suicidas?					
Quais?					
Usa bebidas alcoólicas?					
Com que frequência?					
É fumante?					
Está grávida?					
Quantas semanas?					

	FORMULÁRIO				
	ANAMNESE				

Qual o seu nível de stress?		Alto	Médio	Baixo
Atualmente está tomando alguma medicação?		Sim	Não	
Qual?				
Algum trauma?		Sim	Não	
Qual?				
Já consultou algum tipo de psiquiatra ou psicólogo?		Sim	Não	
Se sim, foi diagnosticada (o)?		Sim	Não	
Qual a quantidade de amigos que você tem?				
Qual seu passatempo preferido?				
Qual a principal a crença que as pessoas possuem em relação a você que mais se repete?				
Você se considera feliz?		Sim	Não	
Por quê?				
Se você pudesse mudar alguma coisa em você, no seu modo de ser, ou agir, ou no seu comportamento atual, o que mudaria?				
Defina o que é a vida em apenas uma frase				

Fase 02 – Mental

Quais são os tipos de pensamentos que você costuma alimentar em relação a si mesma (o), de uma maneira geral?			
	Positivos		Negativos
Quais exatamente?			

FORMULÁRIO

ANAMNESE

Em relação a sua aparência física?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

Em relação a sua competência profissional?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

Em relação a sua vida emocional?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

Em relação a sua vida sexual?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

Em relação ao seu passado?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

Em relação ao seu futuro?

Positivos	Negativos
-----------	-----------

Quais exatamente?

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Qual sua visão sobre você?

Fase 03 – Infância

Você foi criado pelos pais?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Como é sua relação com seus pais?				
Pai				
Mãe				
Seus pais foram agressivos com você?				
Seus pais foram agressivos com você?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Qual deles era o mais bravo?				
Qual deles era o mais bravo?	<input type="checkbox"/>	O Pai	<input type="checkbox"/>	A Mãe
Usavam bebidas ou drogas?				
Usavam bebidas ou drogas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

		FORMULÁRIO						
		ANAMNESE						
Como você descreveria o relacionamento entre seus pais?								
Excelente		Muito Bom		Bom		Regular		Péssimo
Por quê?								
Quais os aspectos deste relacionamento que se assemelham, ou se repetem em sua vida hoje?								
Quais as características deste relacionamento, que você se mantém determinada (o) a não repetir?								
Por quê?								
Quanto ao relacionamento de seus pais responda: Qual a crença que você adquiriu em relação a relacionamentos?								
Na infância, era obrigada (o) a fazer alguma coisa que lhe desagradava?							Sim	Não
Lembra-se, de alguma coisa que o magoou muito na Infância?							Sim	Não
Teve perdas familiares ou de amigos na Infância?							Sim	Não

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

O que te faz sentir tristeza ao relembrar do passado?	
Quando criança tinha medo de que?	
Dormia com a luz acesa ou apagada?	
Como foi sua adolescência?	
Ruim	Boa
Teve fase de rebeldia na adolescência?	
Com qual de seus pais você tinha mais dificuldade de relacionamento?	
Pai	Mãe
Qual a Filosofia de sua família em relação ao sucesso profissional?	
Ao dinheiro?	
Ao amor?	
Ao sexo?	
O que era para você, ser uma boa (bom) menina (o)? Descreva.	

FORMULÁRIO

ANAMNESE

Como você deveria agir, ou ser para ser amada (o)?

Possui irmãos?

Não

Sim – Quantos?

Como é sua relação com eles?

Você foi uma criança introvertida ou extrovertida?

Havia dificuldades de relacionamentos com os colegas do colégio? Se sim, cite-os.

Quais eram seus maiores medos na infância?

Relate algum fato marcante em sua infância

Fase 04 – Emocional

Quais são seus maiores medos hoje?

O que você pensa a seu respeito?

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Como foi o seu primeiro relacionamento amoroso?		
Se você avalia sua atuação na vida, qual papel que mais caberia a você hoje?		
Vítima ou Responsável?		
Qual o ganho secundário?		
Em quais situações você desempenha o papel de vítima?		
Em quais situações você desempenha o papel de responsável?		
Se considera vitoriosa(o) ou derrotada(o)?		
Nos relacionamentos e na vida, você prefere ser:		
Quem deve ser punido por problemas que ocorrem com você?	Dominante	Submisso
OU		
Quem é o culpado por seus problemas pessoais?		
Sente raiva ou rancor de alguém?		
Não	Sim – Quem?	
Sente-se de alguma forma pressionada (o) na atualidade?		
De que maneira?	Sim	Não
Você se acha uma pessoa controladora?		
Sente-se de alguma forma inferior aos outros?		
Por quê?		

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Dúvida de sua própria capacidade?				<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Você é audaciosa (o), corre atrás de suas metas, ou é auto protetor(a), preferindo se poupar dos eventuais riscos?				<input type="checkbox"/>	Audaciosa(o)	<input type="checkbox"/>	Auto protetor(a)
Existe algo que a(o) faz sentir-se culpada(o)?				<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
O que exatamente?							

Quais os sentimentos mais comuns em você hoje?						
Raiva	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Medo de algo concreto	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Medos vagos	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Culpa	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Revolta	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Medo de perder o controle	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Tristeza	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Mágoa	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Orgulho	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Ódio	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Egoísmo	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Intolerância	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade
Submissão	<input type="checkbox"/>	Muita Intensidade	<input type="checkbox"/>	Média Intensidade	<input type="checkbox"/>	Pouca Intensidade

	FORMULÁRIO
	ANAMNESE

Indecisão		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Desespero		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Desânimo		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Covardia		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Egocentrismo		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Cíume		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Frustração		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Nostalgia		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Cansaço		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Impaciência		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Angústia		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Timidez		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Apatia		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Ressentimento		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Solidão		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade
Autoritarismo		Muita Intensidade		Média Intensidade		Pouca Intensidade