

ANAMNESEBOGEN

(Heutiges Datum:)

Titel, Vorname, Name _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße, Hsnr _____

Telefon _____ *Handy* _____

Fax _____ *Email* _____

Beruf _____

Krankenversicherung _____ Beihilfe: Ja / nein (bitte ankreuzen)

Größe _____ Gewicht _____ verwitwet/ verheiratet/ ledig/ Kinder___ (Anzahl)

Menses (Regelblutung) Ja / nein, seit _____ (Monate, Jahre) **nicht mehr** (bitte ankreuzen/ ergänzen)

Um die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen, erbitten wir folgende Angaben, die natürlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen!

1. Wünschen Sie eine naturheilkundliche Behandlung? Ja / nein (bitte ankreuzen)

2. Ihr behandelnder Arzt/ Hausarzt/ Heilpraktiker ist: _____

3. Was ist Ihre Hauptbeschwerde? Warum kommen Sie in die Praxis?

4. Erkrankungen/ Organschwäche/ Operationen (bitte ankreuzen)

Herz/ Kreislauf/ Magen/ Darm/ Lunge/ Niere/ Blase/ Unterleib/ Leber/ Galle/ Rheuma/
Diabetes/ Haut/ Nerven (z.B.: MS)/ Migräne/ Schwindel/ Rücken/ Gelenke/ häufig Infekte/
Allergien/ Unverträglichkeiten

5. Andere Erkrankungen: _____

6. Allergien: _____

7. Fühlen sie sich vermehrt unter Streß? Ja / nein (bitte ankreuzen)

8. Gewichtszunahme in den letzten 12 Monaten? 5 kg 10 kg 15 kg mehr

9. Infektionen: Hepatitis / Tbc/ Aids / andere _____

10. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja / nein (bitte ankreuzen)

11. Falls erforderlich: sollen wir Sie an Termine erinnern (z.B. Blutabnahme etc)? Ja / nein (bitte ankreuzen)

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/ Nahrungsergänzungen ein? Ja / nein (bitte ankreuzen)

Wenn ja, welche? _____