



ANAMNESEBOGEN

Bitte ausdrucken, ausfüllen und mitbringen.

Die Angaben auf dem Anamnesebogen sind für die Therapie maßgebend. Deshalb nimm dir bitte ausreichend Zeit, um die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten:

Name: E-Mail:

Vorname: Festnetz:

Geburtsdatum: Mobil:

Anschrift:
.....
.....
O Krankenkasse:.....
O Privat:
O Zusatz:

Haben Sie Kinder? O ja O nein

Leben Sie allein oder in Partnerschaft?

Beruf:

Größe: Gewicht:

Möchten Sie gern abnehmen? O nein O ja

Wenn ja, was ist Ihr Wunschgewicht?

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

Erkrankungen:

Beschwerden im Moment:

.....

.....

.....

.....

Unter welchen Vorerkrankungen leiden Sie und seit wann?

- Darmerkrankungen z.B Colitis ulceroa, M.Chron..... nein ja
- Magen-Beschwerden..... nein ja
- Lebererkrankung..... nein ja
- Gallenblasenerkrankung..... nein ja
- Infektanfälligkeit..... nein ja
- Diabetes mellitus..... nein ja
- Bluthochdruck..... nein ja
- Fettstoffwechselstörung..... nein ja
- Herzinfarkt..... nein ja
- Herzrhythmusstörung..... nein ja
- Thrombose..... nein ja
- Durchblutungsstörung..... nein ja
- Lungenerkrankungen..... nein ja
- Schilddrüsenerkrankungen..... nein ja
- Gicht..... nein ja
- Gelenk-Rheumaerkrankungen..... nein ja
- Bösartige Erkrankungen z.B. Tumore..... nein ja
- Hauterkrankungen..... nein ja
- HIV/AIDS..... nein ja
- Allergien..... nein ja
- Heuschnupfen..... nein ja

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

Nervenerkrankung z.B. Parkinson, MS: nein ja

Psychische Erkrankungen:
(z.B. Depression, Angststörung) nein ja

Sonstige Erkrankungen:

Operationen/Unfälle (wenn möglich chronologisch)

.....
.....
.....

Familiäre Erkrankungen

.....
.....
.....

Ist Ihnen der **Impfstatus** bekannt? nein ja

Waren Sie in den letzten **5 Jahren im Ausland**? nein ja

Wenn „ja“ - **wo**?

.....
.....

Nehmen Sie **Medikamente**? nein ja

Wenn „ja“ - **welche**?

.....
.....
.....

Nehmen Sie **Nahrungsergänzungen**? nein ja

Wenn „ja“ - **welche**?

.....
.....
.....

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

Haben Sie jemals Cortison eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie jemals Antibiotika eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie Narben? nein ja
Wenn "ja"- wo?

.....

.....

Haben Sie tote Zähne? nein ja
Wenn "ja"- wo?

.....

.....

Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wenn "ja"- wie viel pro Tag?

Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören? nein ja

Verdauung

Unter welchen **Verdauungsstörungen** leiden Sie und seit wann?

Blähungen

Blähbauch

Verstopfung

Durchfall

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

- Aufstoßen
- Sodbrennen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Afterjucken
- Bauchkrämpfe
- Bauchschmerzen
- sonstige:

Wie **oft** haben Sie **Stuhlgang**? **x** täglich **x** wöchentlich

Welche **Konsistenz** hat Ihr Stuhl?

- geformt breiig fest wechselhaft wässrig

Ihr durchschnittliches **Energielevel** beträgt?

(1= wenig Energie 10= viel Energie)

Ihr durchschnittliches **Stresslevel** beträgt?

(1=kein Stress 10= sehr viel Stress)

Schlaf

Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? nein ja

Wenn "ja"- welche?

.....

Sind Sie oft **müde**? nein ja

Fühlen Sie sich **morgens frisch** und **ausgeschlafen**? nein ja

Wie viel **Stunden** pro Nacht **schlafen** Sie?

Trink- und Essverhalten

Wie viel **Liter** trinken Sie täglich?

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

Was trinken Sie?.....

Wie oft trinken Sie Alkohol? nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie am Tag? (inkl. Zwischenmahlzeiten)

Ihre Ernährungsform:

Mischkost

vegetarisch

vegan

Rohkost

Sie verzichten auf?

Fasten Sie regelmäßig? nein ja

Wenn "ja"- wie?

.....

Wurde bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit festgestellt?

nein ja

Wenn "ja"- welche? (z.B. Gluten, Laktose)

.....

.....

.....

Wie oft essen Sie Obst und Gemüse?

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie Süßigkeiten? (Kuchen, Kekse, Schokolade, Eis etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Haben Sie Heißhunger? ja nein

Wenn "ja"- auf was?.....

Wie oft essen Sie Fast-Food? (Curry-Wurst, Pommes, Chips, Pizza, Hamburger etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Die volle Power aus der Natur.





ANAMNESEBOGEN

Nehmen Sie regelmäßig ein Sonnenbad? nein ja

Bewegen Sie sich regelmäßig? nein ja

Wenn "ja"- wie? (z.B. joggen, schwimmen, Yoga)

.....

.....

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass Terminänderungen mindestens 24 Stunden vorher erfolgen müssen. Ansonsten werden 50 % der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

Datum _____

Unterschrift _____

Die volle Power aus der Natur.

