

Persönliche Anamnese

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

☐ Mann ☐ Frau

Name: E-mail:

Vorname: Festnetz:

Geburtsdatum: Mobil:

Anschrift: ☐ Krankenkasse:

..... ☐ Privat:

..... ☐ HP-Zusatz:

Haben Sie **Kinder**? ☐ ja ☐ nein

Leben Sie **allein** oder in **Partnerschaft**?

Beruf:

Größe: Gewicht:

Möchten Sie gern **abnehmen**? ☐ nein ☐ ja

Wenn **ja**, was ist Ihr **Wunschgewicht**?

Was ist Ihr Behandlungsziel?

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

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
Nervenerkrankung z.B. Parkinson, MS	☐ nein	☐ ja
Psychische Erkrankungen z.B. Depression, Angststörung	☐ nein	☐ ja

Sonstige Erkrankungen:

Haben Sie Schmerzen? ☐ nein ☐ ja

Wann **JA, wo** ?

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**?

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

Haben Sie jemals **Cortison** eingenommen? ☐ nein ☐ ja

Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie jemals Antibiotika eingenommen?	0 nein	0 ja
Wenn "ja"- wann?	.....	
.....		
Haben Sie Narben ?	0 nein	0 ja
Wenn "ja"- wo?	.....	
.....		
Haben Sie tote Zähne ?	0 nein	0 ja
Wenn "ja"- wo?	.....	
.....		
Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen ?	0 nein	0 ja
Rauchen Sie?	0 nein	0 ja
Wenn "ja"- wie viel pro Tag?.....		
Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören ?	0 nein	0 ja

Verdauung

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

0 Blähungen	.....
0 Blähbauch	.....
0 Verstopfung	.....
0 Durchfall	.....
0 Aufstoßen	.....
0 Sodbrennen	.....
0 Völlegefühl	.....
0 Übelkeit	.....
0 Afterjucken	.....
0 Bauchkrämpfe	.....
0 Bauchschmerzen	.....
0 sonstige:	.....

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

Welche **Konsistenz** hat Ihr Stuhl?

☐ geformt ☐ breiig ☐ fest ☐ wechselhaft ☐ wässrig

Stinkt der Stuhl auffällig ? ☐ nein ☐ ja

Welche **Farbe** hat ihr Stuhlgang?

☐ hell/dunkelbraun ☐ gelblich ☐ grünlich ☐ schwarz ☐ blutig ☐ weiß/grau

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?

.....

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

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.

Die Kosten sind wie folgt:

Erstanamnese 120 €.

Befundauswertungen, Beratungen von ca.30 min 60 €

Colon- Hydro- Behandlung 110 €

90 min holistische Massage 130€

Schmerztherapie Mikrostrom 60 €

Infusionen variieren je nach Materialaufwand

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

Datum.....Unterschrift.....