

## Anamnesebogen

### Persönliche Daten

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Alter: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax, E-Mail: \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  Privat versichert

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### 1. Wie sind Ihre Gewohnheiten?

	Ja	Nein	Wie viel?
Rauchen			
Alkohol			
Stress			
Sport			
Essen Sie frisches Gemüse?			
Essen sie regelmäßig Fisch?			
Essen Sie Fleisch und Wurst?			
Ausreichend Schlaf?			

### 2. Sind Sie besonderen beruflichen Einflüssen ausgesetzt?

Schadstoffe Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hitze

Staub

Lärm

Stress

### 3. Nehmen Sie Medikamente ein?

Medikament	Einnahme	Seit Wann?

### 4. Waren Sie schon in naturheilkundlicher Behandlung? Wenn ja, in welcher?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Welche Beschwerden/Erkrankungen haben Sie?

	Ja	Nein	OP (Wann?)	Therapie	Kur	Seit Wann?
Nervenerkrankungen						
Erschöpfung						
Burnout						
Migräne						
Epilepsie						
Schlafstörung						
Schlaganfall						
Zahnerkrankungen						
Schilddrüse						
Bluthochdruck						
Herzinfarkt						
Asthma						
Chronische Bronchitis						
Zuckerkrankheit (Diab.)						
Gicht						
Hepatitis						
Verstopfung/Durchfall						
Nierenerkrankung						
Blutungsneigung/Blutarmut						
Thrombose/Krampfaderleiden						
Arthrose/Arthritis/Rheuma						
Hauterkrankungen						
Krebserkrankungen, wenn ja welche:						
Weitere:						

Allergie:     Pollen     Lebensmittel     Medikamente     Insektenstiche

Was genau: \_\_\_\_\_

## 6. Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

---



---



---



---

## 7. Welche Beschwerden/Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

	Mutter	Vater	Großeltern	Sonstige Verwandte
Nervenerkrankungen				
Migräne				
Schlaganfall				
Schilddrüse				
Herzinfarkt				
Bluthochdruck				
Asthma				
Chronische Bronchitis				
Zuckerkrankheit (Diabetes)				
Übergewicht				
Gicht				
Magen-Darmbeschwerden				
Thrombose/Krampfadern				
Arthrose/Arthritis/Rheuma				
Krebserkrankungen				

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_