

Anamnesebogen

blaue Felder bitte unbedingt ausfüllen

Name:	Geburtsdatum:
Straße:	
PLZ/Wohnort:	E-Mail:
Telefon:	Mobil:
Beruf:	Krankenversicherung:
Feste Partnerschaft:	Kinder: ♀♂Alter
Überwiesen/Empfohlen von:	
Hausarzt:	
Grund des Besuches:	
Vorherige und jetzige Behandlungen für die oben genannte Erkrankung:	
Jetzige Medikation, auch Nahrungsergänzung:	
Momentan eingehaltene Diät:	
Genussmittel ja/nein: Kaffee Alkohol Zigaretten	
Regelmäßige Übungen/Meditation:	

Bitte markieren Sie die Felder mit auf Sie zutreffenden Erkrankungen oder Symptomen: **A** für Aktuell und **F** für früher vorhanden wenn möglich mit Angabe der Jahreszahl.

Psychisch/Emotional			Blase/Niere
Depression	Schilddrüsen Überf.	Herzfehler	Nierensteine
Essstörungen	Schilddrüsen Unterf.	Bluthochdruck	Blasenentzündung
Stimmungsschwankung	Neurologisch	Arrhythmien	Reproduktion
Drogen/Medik.Missbrauch	Epilepsie	Atmung	Endometriose
Immunsystem	Schwindel	Bronchitis	Schwangerschaften
AIDS/HIV	Benommenheit	Emphysem	Fehlgeburt
Allergien	Migräne	Pneumonie	Abort
Krebs(art)	Skelett/Muskulatur	Tuberkulose	Sonstige
Müdigkeitssyndrom	Arthritis	Verdauung	
Fiber(chronisch)	Rücken Schmerzen	Verstopfung(chronisch)	
Fibromyalgie	Tendinitis	Durchfall(chronisch)	
Pilz infektionen(typ)	Scoliose	Gastritis	
Herpes	Hauterkrankungen	Magengeschwür	
Borrelion	Ohrentzündung(chronisch)	Diabetes	
Mononucleose	Kopfschmerz	Hyperglycaemie	
Hormonsystem	Kiefergelenk Dysf.	Gelbsucht	
Adrenalin Insuff.	Herz Kreislauf	Leberstörungen	
Zirbeldrüsen dysf.	Angina Pectoris	Gallensteine	
	Herzinfarkt	Gallenkoliken	

Anamnesebogen
Seite 2

Bitte beschreiben sie alle wichtigen Verletzungen die sie haben und hatten:

Welche Operationen wurden bisher bei ihnen durchgeführt:

Bitte beschreiben/listen sie alle lebensbedrohlichen Ereignisse in ihrem Leben auf und wann sie stattfanden:

Was erhoffen sie sich von der Behandlung und welches sind ihre Erwartungen? Heute und längerfristig:

Gibt es noch etwas das ich wissen sollte, oder das sie mir mitteilen möchten?

Vereinbarte Termine sind bis spätestens 48 Std. vor Termin ab zu sagen. Bis 24 Std vor Termin werden zu 50% , nicht abgesagte Termine werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.
Ich bin über Ablauf, Inhalt und Kosten der Behandlung aufgeklärt und damit einverstanden.
Es wurden mir keinerlei Heilversprechen gemacht.

Ort/Datum

Unterschrift