

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