

Anamnese

Name, Vorname _____ Größe _____

Geburtsdatum _____ Gewicht _____

Beschreiben Sie in mindestens drei bis vier Sätzen die Beschwerden, welche Sie in meine Praxis führen?

Ergänzend: Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wie haben sie sich seitdem entwickelt?

Welche Krankheiten/Verletzungen/Operationen... (mit oder ohne Bezug zu den aktuellen Beschwerden) sind in der Vergangenheit bei Ihnen bekannt /aufgetreten (vergangene und aktuell bestehende)?

(Bitte bei allen genannten Punkten mit angeben, wann diese erstmalig aufgetreten sind.)

Kopfbereich (beispielsweise aber nicht abschließend: Kopfschmerzen, Haarausfall, Sehstörungen, Augenerkrankungen, Tinnitus, Hörsturz, Nasen-OP's, Mandelentzündung(en), Schilddrüsenfehlfunktion,...)	
Rumpf (beispielsweise aber nicht abschließend: Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Bronchitis, Lungenembolie, Hepatitis, Gallensteine, Gastritis, Reizdarm, Hämorrhoiden, Blinddarm-entfernung,...)	

<p>Unterleib (beispielsweise aber nicht abschließend: Myome, Endometriose, Geschlechtskrankheiten, Ausschabungen, Zyklusstörungen, Prostatakarzinom, Nierensteine, Nierenbeckenentzündung,...)</p>	
<p>Extremitäten und Haut (beispielsweise aber nicht abschließend: Brüche/Verletzungen, Sehnenentzündungen, Krampfadern, Rheuma, Juckreiz, Melanom, Verbrennungen, Neurodermitis,...)</p>	

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

Welche Allergien (Pollen/Lebensmittel/Sonstige) haben Sie?

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen sie zur Zeit ein?

Beschreiben Sie in mindestens drei bis vier Sätzen Ihr Ernährungsverhalten:

Beschreiben Sie in mindestens drei bis vier Sätzen Ihr Bewegungsverhalten und Aktivitätsniveau:

Beschreiben Sie in mindestens drei bis vier Sätzen Ihr Schlafverhalten (inkl. Schlafdauer, typischen Schlafenszeiten, Müdigkeit tagsüber und ggf. bestehender Schlafprobleme)

Mit welcher Intention kommen Sie in meine Praxis/Welche Erwartung haben Sie an meine Behandlung?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift zu behandelnde Person/ gesetzliche:r Vertreter:in