

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich freue mich, dass Sie meine Heilpraxis aufsuchen möchten und einen Ersttermin vereinbart haben. Um Sie besser kennen zu lernen, benötige ich einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte und bringen Sie den Fragebogen zum vereinbarten Termin mit.

Vielen Dank -
Ihre Doris Haas

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

e-mail: _____

Krankenkasse: _____

private Zusatzversicherung: _____

Rechnungsadresse wie oben, oder _____

- deutlich und in Druckbuchstaben auszufüllen - Bitte haben Sie Verständnis, dass nachträgliche Rechnungsumschreibungen einen Aufwand für mich darstellen und ich die Kosten hierfür entsprechend in Rechnung stellen muss.)

Allgemeines:

Größe: _____ cm - Gewicht: _____ kg -

Anzahl der Kinder: _____ Fehl-/Totgeburten: _____

Institut für Körper, Geist und Seele

Risikofaktoren:

Trinken Sie Alkohol? überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

Rauchen Sie? Nein früher rauche immer noch (ca. ____ am Tag)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Anabolika Aufputzmittel

Drogen Pille/Hormone sonstige _____

Krankheiten:

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Blutdruck: hoch niedrig normal

Nehmen Sie hierfür Medikamente? Welche? _____

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion operiert vergrößert

Nehmen Sie hierfür Medikamente? Welche? _____

Leiden Sie an Ängsten? nein ja, bitte beschreiben _____

Haben Sie hormonelle Probleme? nein ja

Leiden Sie an Schlafstörungen? nein ja

Sind Sie operiert worden? nein ja, _____

Ihre Vorlieben bei Essen: eher süß sauer salzig scharf

und Trinken: eher warm kalt viel wenig

Ihr Lieblingsessen: _____ sie mögen gar nicht: _____

Allergien / Unverträglichkeiten nein ja, _____

Institut für Körper, Geist und Seele

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Masern Mumps -Röteln Windpocken
 Keuchhusten Scharlach sonstige: _____

Wurden Sie geimpft? nein ja

Wenn ja, welche Tetanus Polio/PV FSME/Zecken Diphtherie
 Hepatitis A Hepatitis B Gebärmutterhals sonstige: _____

Gibt/gab es schwerwiegende oder chronische Krankheiten in Ihrer Familie?

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Vater Mutter Geschwister Großeltern _____

Gibt/gab es in Ihrer Familie viele Unfälle, frühe/junge Todesfälle (< 65 J.) oder
 andere außergewöhnliche Vorkommnisse?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf Seiten 1 bis 3.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter(in)

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

BESTÄTIGUNG

Geistiges Heilen dient der Aktivierung der Selbstheilungskräfte und ersetzt nicht die Diagnose oder Behandlung durch den Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt dieses Hinweises vor Beginn der Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter(in)