

Lebe, liebe, lache in Leichtigkeit
Das ist mein Ziel für Dein Leben!

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Grund für Deinen Besuch:

Welche Krankheiten hattest du und wann?

- Lungenerkrankungen? Tuberkulose, Asthma, COPD, Lungenentzündung

- Herz- / Kreislaufbeschwerden? Herzinfarkt, Herzfehler, Schwindel, Blutdruck

- neurologische Erkrankungen? Schlaganfall, Epilepsie

- Ohrgeräusche?

- Gefäße? Krampfadern, Thrombose

- Magen / Darm? Geschwüre, Schmerzen

- Leber / Nieren? Entzündungen, Steine

Lebe, liebe, lache in Leichtigkeit

Das ist mein Ziel für Dein Leben!

- Stoffwechsel? Gicht, Diabetes, Cholesterin, Rheuma, Schilddrüse

- Gelenke / Wirbelsäule / Knochen?

- Augen?

- Blut?

- andere Krankheiten?

Häufige Beschwerden?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Schnupfen / Niesen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Schwindel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Übelkeit / Brechreiz / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Juckreiz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Ermüdbarkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Herzklopfen / -schmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Starke Ängste | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Fieberschübe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Lebe, liebe, lache in Leichtigkeit

Das ist mein Ziel für Dein Leben!

Welche diagnostischen Methoden wurden bereits durchgeführt?

z.B. Belastungs- / EKG, Langzeit-Blutdruck, Röntgen, Ultraschall, Blutentnahme, EEG

Regelmäßige Medikamente / Therapien?

z.B. „Blinddarm“, Mandeln, Magen / Darm, Galle, Knochenbrüche

Durchgeführte Operationen?

z.B. „Blinddarm“, Mandeln, Magen/Darm, Galle, Knochenbrüche

Lebe, liebe, lache in Leichtigkeit

Das ist mein Ziel für Dein Leben!

Sonstige Fragen

- Appetit / Durst? Ja Nein
- Heißhunger / Ekel vor Essen? Ja Nein
- Schlafverhalten? Ja Nein
- Starkes / schnelles Schwitzen? Ja Nein
- Alkohol / Rauchen / Drogen? Ja Nein
- Allergien (auch Medikamente)? Ja Nein
- Familie / Beruf / Sorgen? Ja Nein
- Schwangerschaft? Ja Nein

Familiäre Vorbelastung?

- Krebs? Ja Nein
- Psyche? Ja Nein
- Blutdruck? Ja Nein
- Neurologisch? Ja Nein
- Adipositas? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Gicht? Ja Nein

Corona / COVID-19

- geimpft genesen getestet

Rechtliche Hinweise

Es gelten die allgemeinen Datenschutzhinweise, die bereits auf dem Klientenbogen bestätigt wurden.

Ort

Datum

Unterschrift