

Fragen zu Ihrer Person

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtstag _____

Krankenkasse _____ Privat Ja Nein

Wenn ja, brauchen Sie eine Rechnung zur Vorlage bei der Kostenstelle? Ja

Beihilfe _____ Ja Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Sind Sie eher Optimist Pessimist?

Sind Sie bereit Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, wenn es erforderlich ist?

Ja Nein

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre Kontaktdaten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit. Wir speichern Ihre persönlichen Daten nur zu internen Zwecken, der Rechnungsabwicklung und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen besteht aus **zwei** Seiten. Füllen Sie ihn gewissenhaft aus, wenn Sie Fragen haben sollten, stehen wir Ihnen immer zur Seite. Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt, dienen Ihrer Sicherheit und werden NICHT elektronisch gespeichert.

1. Was machen Sie beruflich bzw. was haben Sie beruflich gemacht?

2. Sind Sie momentan schwanger? (nur Frauen) Ja, in der _____ Woche Nein
3. Haben Sie Osteoporose (Knochenbrüchigkeit), Tumore oder Krebs oder haben Sie es schon mal gehabt? Wenn ja, wann und wo?
 Nein Ja, und zwar _____
4. Schlafen Sie gut? Nein Ja
- 4.1 In welcher Position? _____
5. Wie viele Stunden verbringen Sie am Tag vorm PC/TV/Internet? _____ Stunde/n
6. Wie viel Wasser, Kräutertee, Saft o.ä. trinken Sie am Tag? Ca.: _____ Liter
Wie viel Kaffee oder schwarzen/grünen Tee? _____ Tassen
Ist er entkoffeiniert? Nein Ja
7. Wie viel Alkohol trinken Sie am Tag/in der Woche/im Monat? _____
8. Rauchen Sie und wenn ja, wie viel? Nein Ja, ca. _____ Zigaretten am Tag
9. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, wogegen?
 Nein Ja _____

10. Treiben Sie Sport und wenn ja, welchen und wie oft?
 Nein Ja, _____ Mal in der Woche
- 10.1 Was? _____
11. Hatten Sie Unfälle, Stürze usw. in Ihrem Leben und wenn ja, welcher Art und wann?
 Nein Ja _____
12. Wie verlief Ihre Geburt ?
 Kaiserschnitt Saugglocke Zangengeburt PDA
 Wehentropfen Normal (Ohne Medikamente oder Hilfsmittel)

13. Hatten Sie irgendwelche Operationen (auch Zahnbehandlungen über ½ h)?
O Nein O Ja _____

14. Neigen Sie zu Kopfschmerzen und/oder Schwindel?
O Nein O Ja
Wenn ja, was und wann das erste Mal? _____
15. Haben Sie Probleme mit den Nasennebenhöhlen und/oder den Ohren? Wenn ja, was und wann das erste Mal?
O Nein O Ja, und zwar _____
16. Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse, Lunge Herz und/oder Bluthochdruck?
Wenn ja, was und wann das erste Mal?
O Nein O Ja, und zwar _____
17. Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung?
O Nein O Ja, und zwar _____
18. Neigen Sie zu Ängsten, Panikattacken o. ä.?
O Nein O Ja, und zwar _____
19. Welche Beschwerden haben Sie sonst noch?

20. Gibt es noch etwas was wir wissen sollten? Sind Ihnen körperliche Besonderheiten bekannt oder sind noch Metallteile in Knochen vorhanden? Sind Wirbel verwachsen?

Egal wie schlimm Sie sich fühlen mögen, vergessen Sie nie:
Ihr Körper ist aus zwei Zellen entstanden und zu dem wunderbaren Kunstwerk geworden,
der dies liest. Ihr Körper kann sehr viel mehr als Sie ihm zutrauen!

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____