



Anamnesebogen

Datum

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon:

privat

berufl.

mobil

Beruf

Krankenversicherung

Privat versichert:

Beihilfeanspruch

 Ja Nein

oder

Gesetzlich versichert:

Zusatzversicherung für Naturheilverfahren

 Ja Nein

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.



Bitte beantworten Sie ALLE Fragen sorgfältig und ausführlich.

Somit werden wichtige Informationen, die dem Behandlungserfolg dienen, nicht übersehen.

Welche Hauptbeschwerden haben Sie – und seit wann?

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt – und wann?

Mit welchem Erfolg?



Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie zusätzlich – und seit wann?

Welche Medikamente werden Ihnen regelmäßig verordnet (bitte genaue Angaben)?

Welche Nahrungsergänzungspräparate nehmen Sie regelmäßig ein (bitte genaue Angaben)?

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in chronologischer Reihenfolge – mit Datum:

Haben Sie jemals eine Halswirbelsäulenverletzung (z. B. Schleudertrauma) erlitten?

Ja, Datum: Nein

Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt?

Gab es Impfreaktionen?

Hatten Sie Pfeiffersches Drüsenfieber, Gürtelrose, Hepatitis oder Borreliose? Ja Nein

Wann und warum haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen?

Haben Sie bisher Immunsuppressiva, z. B. Cortison, eingenommen? Ja Nein

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen? Ja, Stück Nein



Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Ja Nein

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

Größe Gewicht

Erkrankungen in der Familie (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, psychiatrische Erkrankungen) – **ggf. Todesursache** (mit Altersangabe)

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Großmutter Mutter:

Großvater Mutter:

Großmutter Vater:

Großvater Vater:

Wie ist Ihr derzeitiger Allgemeinzustand?

Leiden Sie unter körperlicher Erschöpfung? Ja Nein

Unter geistiger Leistungseinschränkung? Ja Nein

Haben oder hatten Sie depressive Episoden? Ja Nein

Fühlen Sie sich gestresst? Ja Nein

Leiden Sie unter Allergien?

Pollen Gräser Getreide Tierhaare Kreuzallergien gegen Nahrungsmittel

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Laktose Fruktose/Sorbit Histamin Gluten andere Unverträglichkeiten

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost vegetarisch vegan

wenig Obst/Gemüse tgl. mehrmals Obst/Gemüse

Haben Sie orthopädische Beschwerden?

Gelenkschmerzen/Arthrose Wirbelsäulenbeschwerden

Wie belastbar fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar kaum belastbar

Wie erleben Sie sich psychisch?

ausgeglichen angespannt gereizt/gestresst



Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie Sport?

Stunden

Ausdauertraining Krafttraining

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Ja Nein

Sind Sie morgens fit?

Ja Nein

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie?

Stunden

Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie in der Natur?

Stunden

Haben Sie eine(n) Lebenspartner(in)?

Ja Nein

Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?

Ja, Anzahl und Alter: Nein

Wie gesund fühlen Sie sich auf einer Skala von 0 bis 100 %?

%



Wichtig: Bitte bringen Sie sämtliche behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, fachärztl. Befunde, Tumormappe etc.) zur Erstuntersuchung mit!

Wenn Sie uns per das Anamneseformular per E-Mail zukommen lassen, werden diese inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zum Zwecke der Bearbeitung Ihrer Anfrage und für den Fall Ihrer Behandlung bei uns gespeichert. Diese Angaben sind rein freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. Mit Versenden des Formulars geben Sie dazu Ihr Einverständnis, welches Sie jederzeit und für die Zukunft widerrufen können.

Ich bestätige, dass ich alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.

Ich habe Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die ich nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt habe, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) von € 140,- in Rechnung gestellt werden.

Diesen Fragebogen senden Sie bitte ausgefüllt per E-Mail an **anmeldung@ganzheitsmedizin-la.de**

Sie können ihn auch per Post oder per Fax unter **0871-96 66 823** an uns zurücksenden.

Jetzt per E-Mail senden

Jetzt ausdrucken

Nach Erhalt vereinbaren wir einen Termin mit Ihnen. Halten Sie diesen bitte pünktlich ein, da wir zwischen 30 und 90 Minuten für die weitere Anamnese und Beratung für Sie einplanen.