



HEILPRAKTIKERIN MARILENA SPÄCK

Lohrer Str. 16

97833 Frammersbach

Tel. 09355 - 3640316

E-Mail: info@praxis-lebensfroh.de

www.praxis-lebensfroh.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren. Aber natürlich ist das Ausfüllen dieses Fragebogens grundsätzlich freiwillig. **Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und bringen Sie mir den Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mit.**

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Lebensfroh, Heilpraktikerin Marilena Späck

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon-/Handynummer:

Beruf:

Email:

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.)?

3. Welche Operationen hatten Sie bereits? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Blinddarm Mandeln Sonstiges: _____

4. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
- Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
- Pollen Milben Metalle

Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

5. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt Asthma Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten Krebs

Sonstige: _____

6. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften:

Anzahl Geburten:

Einnahme hormonellen Verhütungsmethoden ja, welche: _____ nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

Stärke der Monatsblutung stark wenig normal

7. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

8. Zu Ihrer Person

Größe:

Körpergewicht:

Anzahl Zigaretten/Tag:

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten? Gibt es Abneigungen?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten?
(Ein-, Durchschlafen)

Ist Ihnen generell eher warm, kalt oder keines von beidem?

Wie beschreiben Sie ihr Energieniveau im Moment?

← energielos → voller Energie

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Diabetes Magenerkrankung
- Tumorerkrankung Nierenerkrankung Hautkrankheit
- Rheuma Asthma Herzerkrankungen
- Depression Gicht Fettstoffwechselstörung
- Lebererkrankung Schilddrüsenerkrankung Gallensteine

Sonstige Erkrankungen: _____

10. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten?

11. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- Amalgam Amalgam entfernt Kunststoff Gold Keramik
- Implantate ja nein

12. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- Völlegefühl n. d. Essen Vermehrt Blähungen Verstopfung
- Sodbrennen Vermehrt Aufstoßen Hämorrhoiden
- Gastritis Heliobakter Pylori Durchfall
- Magengeschwür Appetitlosigkeit
- Stuhlgang täglich Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

13. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Ort, Datum

Unterschrift