

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 zur Rechnungsabwicklung. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Seiten. Bitte 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. Nur Frauen: Sind Sie zur Zeit schwanger? Nein Ja, in der _____ Woche

3. Haben Sie Osteoporose (Knochenbrüchigkeit), Tumore oder Krebs oder haben Sie es schon mal gehabt? Wenn ja, wann und wo?

Nein Ja, und zwar _____

3.1 Gibt es Anlagen zu Familiären Vorerkrankungen? Nein Ja
Wenn ja, welche _____

4. Schlafen Sie gut? Nein Ja

4.1 In welcher Position? _____

5. Wie viele Stunden verbringen Sie am Tag vorm PC/TV/Smartphone _____ 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 _____

9.1 Für Frauen: Antibaby-Pille: Nein Ja

10. Bewegen sie sich oder treiben Sie Sport?

Nein Ja, _____ Mal in der Woche

Welchen? _____

11. Hatten Sie Unfälle, Stürze usw. in Ihrem Leben und wenn ja, welcher Art und wann?

Nein Ja _____

12. Wie verlief Ihre eigene Geburt ?

Kaiserschnitt Saugglocke Zangengeburt PDA

Wehentropfen Normal (ohne Medikamente oder Hilfsmittel)

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

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

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

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

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