

# 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 sind Sie betroffen?

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 vor dem 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? 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 o.ä. 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 Operationen (auch Zahnbehandlungen über 30 min)?  
 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!