



ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Ihre Angaben helfen mir, die bestmögliche Therapie für Sie zu planen.

Datum: ___ / ___ / ____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / ____

AKTUELLE BESCHWERDEN & BEHANDLUNGSZIEL

Welche Beschwerden oder Anliegen haben Sie? (Mehrfachauswahl möglich)

- Energiemangel / Müdigkeit
- Stress / Erschöpfung
- Immunsystem stärken
- Detox & Entgiftung
- Haut- & Anti-Aging-Themen
- Schmerzen (Rücken, Gelenke, Muskeln)
- Bewegungseinschränkungen
- Andere: _____

Was sind Ihre Ziele? (z. B. mehr Energie, weniger Schmerzen, bessere Regeneration, etc.):



ALLGEMEINE GESUNDHEITSDATEN

Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit folgende Erkrankungen oder Beschwerden?

	Aktuell	In der Vergangenheit	Aktuelle Symptome
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
G6PD-Mangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Häufige Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

	Aktuell	In der Vergangenheit	Aktuelle Symptome
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs (Art: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
In Behandlung/Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Nein Ja, folgende: _____

Gibt es bekannte Unverträglichkeiten oder Allergien?

Nein Ja, folgende: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Fragen zu Infusionstherapien & Verträglichkeit

Haben Sie schon einmal eine Vitamin-C- oder andere Infusionstherapie erhalten?

Nein Ja, welche? _____

Gab es dabei Nebenwirkungen wie Schwindel, Herzrasen oder Übelkeit?

Nein Ja

Haben Sie Angst vor Nadeln oder Kreislaufprobleme bei Infusionen?

Nein Ja

Trinken Sie genug Wasser täglich?

Nein Ja

Wie ist Ihr aktueller Flüssigkeitshaushalt?

Haben Sie nach Medikamenteneinnahme, Infektionen oder bestimmten Lebensmitteln jemals Folgendes erlebt?

Starke Müdigkeit Gelbfärbung der Haut Dunkler Urin Unklare Blutarmut

Gab es nach dem Verzehr von Saubohnen (Favabohnen), Erbsen, Johannisbeeren oder bestimmten Medikamenten Beschwerden?

Nein Ja, welche? _____

Sind in Ihrer Familie Fälle von G6PD-Mangel (Favismus) bekannt?

Nein Ja

Wurde bei Ihnen jemals ein Labortest auf G6PD-Mangel durchgeführt?

Nein Ja, Ergebnis: _____

Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen Acetylsalicylsäure (ASS), Vitamin K & Derivate, Malariamittel?

Nein Ja, welche? _____

BEWEGUNGSAPPARAT & MANUELLE THERAPIE

Hatten Sie Unfälle, Operationen oder Traumata (z. B. Stürze, Sportverletzungen)?

Nein Ja, welche? _____

Gibt es Verspannungen, Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen?

Nein Ja, wo genau? _____

Haben Sie bereits manuelle Therapie, Osteopathie oder Physiotherapie erhalten?

Nein Ja, mit welchem Ergebnis? _____

Wie aktiv sind Sie im Alltag?

Sportlich aktiv Durchschnittlich aktiv Wenig aktiv

Arbeiten Sie viel im Sitzen? Ja Nein

EINWILLIGUNG & DATENSCHUTZ

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen meiner Behandlung verarbeitet werden.

Ich möchte mich zum Newsletter anmelden und über Angebote informiert werden: Ja Nein

Ort, Datum: ___ / ___ / _____

Unterschrift Patient: _____

Behandler / Unterschrift: _____

Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit psychische Erkrankungen gehabt?

- Depression
- Angststörungen
- Panikattacken
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Bipolare Störung
- Schizophrenie
- Zwangsstörungen
- Andere: _____

Haben Sie aktuell oder früher Medikamente gegen psychische Erkrankungen eingenommen?

- Nein
- Ja, welche? _____

Gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie?

- Nein Ja, welche? _____