



ANAMNESEBOGEN

DATUM

NAME

ADRESSE

EMAIL

GEB. DATUM

TELEFON

GESUNDHEIT - CHECKLISTE

Welche Diagnosen liegen bei dir vor? Wurden bei dir Operationen durchgeführt? Wenn ja welche? Nimmst du regelmäßig Medikamente?

Gab es in der Vergangenheit schwere Erkrankungen? Wenn ja welche?

Empty area for patient information.



Die Schilddrüse

Liegen Erkrankungen oder Probleme der Schilddrüse vor? Nimmst du Medikamente für die Schilddrüse? Gab es Op's?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Gelenke & Rücken

Liegen bei dir Probleme mit den Bewegungsapparat, Gelenken, Rücken vor?
Hast du eine Krankheit der Muskeln, Bänder oder der Knochenstruktur?
Leidest du an Osteoporose? Gibt oder gab es Sportverletzungen?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Konzentration & Kopfschmerzen

Hast du Konzentrationsprobleme? Neigst du zu Kopfschmerzen oder Migräne?
Kennst du Muskelverspannungen vor allem im Nacken – und Schulterbereich?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Haut & Haare

Kennst du Herpes, Akne oder Schuppen: Psoriasis oder Kopfschuppen?

Leidest du an trockener Haut, vielen Mitessern oder fettiger Haut?

Hast du Ringe unter den Augen, die auf einen Mangel hinweisen?

Leidest du unter Haarausfall?

Neigst du zu Hautproblemen? Ekzeme, Rosazea, Risse und Rhagaden?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Gehirn & Nerven

Leidest du an ADHS? Oder anderen Erkrankung des Zentralen Nervensystems?

(MS, Parkinson, Demenz, Epilepsie, Hirntumor) Hast du Nervenschmerzen?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Augen & Ohren

Hast Beschwerden mit den Augen oder Ohren? Entzündungen? Fehlsichtigkeit?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Zähne & Mund

Leidest du öfter unter Zahnfleischbluten und Zahnfleischentzündungen?

Leidest du unter Mundgeruch?

Hast du Parodontose oder Zahnfleischtaschen?

Kennst du Aphten im Mund?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Lunge

Hast du Atem- und Lungenprobleme?

Bist du Raucher oder hast in der Vergangenheit geraucht? Hast du eine

Raucherlunge oder Raucherhusten?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Herz - Kreislauf System

Hast du Probleme mit dem Herzen? Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckstörungen (Bluthochdruck, Ohnmacht oder Schwindel)?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Darm & Stoffwechsel

Hast du eine Stoffwechselerkrankung wie Diabetes?
Besteht ein Über oder Untergewicht? Essstörungen?
Gibt es Probleme mit dem Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase oder Leber? Leidest du an Verstopfung oder Durchfällen?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Nieren & Blase

Hast du Nierenerkrankungen? Gab es Operationen in diesem Bereich? Neigst du zu Blasenentzündungen? Gibt es Probleme mit dem Wasserlassen?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Gefäßsystem

Hast du öfters kalte Hände und Füße? Leidest du unter Durchblutungsstörungen? Hast du Probleme mit den Venen? Hämorrhoiden? Krampfadern, Besenreiser oder offene Beine? Hast du Probleme mit den Arterien, Thrombosen, Embolien, Plaques, Herzkranzgefäßverengungen? Neigst du zu Ödemen und Schwellungen?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Blut

Leidest du an einer Bluterkrankung? - Anämie, Leukämie, Blutungsneigung??
Nimmst du Medikamente zur Blutverdünnung wie Marcumar oder ASS

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Allergien und Autoimmunität:

Leidest du an Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Heuschnupfen oder Neurodermitis, Asthma? Hast du eine autoimmune Erkrankung ?
Bist du Anfällig für Infekte?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Krebserkrankungen

Leidest du an einer Krebserkrankung? Sind gehäufte Krebsarten in der Familie zu beobachten?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Schwangerschaft & Stillzeit

Bist du aktuell Schwanger oder stillst du? Gibt es hier Probleme?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Verhütungspille

Nimmst du die Pille? Wenn ja wie lange schon? Gibt es Probleme mit der Pille?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Belastung Gifte

Hast Du Amalgam in den Zähnen? Hast Du schon Antibiotika genommen? Hast du Chemo erhalten? Konsumierst du regelmäßig Giftstoffe wie Zigaretten, Alkohol oder ähnliches?

Bist du gegen Covid 19 geimpft? Wenn ja mit welchem Impfstoff und wann wurdest du geimpft?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



PSYCHO - SOZIALE THEMEN

Gibt bzw. gab es Psychische Erkrankungen? Besteht eine Depression?
Wenn ja wie lange? Welche Therapien hast du schon gemacht?
Wie geht es dir aktuell mit diesem Thema ?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Burnout & Stress

Leidest du unter einem Burnout? Hast du belastende Alltagsthemen? Stehst du
regelmäßig unter Stress? Was sind deine Stressfaktoren im Alltag?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



Persönlichkeitsentwicklung

Möchtest du Themen aus dem Bereich der Persönlichkeitsentwicklung bearbeiten?
Hast du schonmal ein Coaching gemacht? Wenn ja welches? War es erfolgreich für
dich ?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?





Emotionales Empfinden

Wie fühlst du dich im Moment? Fühlst du dich kraftvoll und Leistungsstark? Bist du oft Müde und geschafft? Gereizt? Resigniert? Wie steht es um deinen Tatendrang?

WIE SEHR BELASTET DICH DIESER ZUSTAND ?



WAS WÜNSCHST DU DIR VON MIR ?

Was möchtest du in unserer Zusammenarbeit erreichen? Welches Ziel hast du?

WAS WÜNSCHST DU DIR VON MIR ?

Was ist dir in unserer gemeinsamen Arbeit wichtig? Was sind deine Werte?