

Anamnesebogen

1. Patientenangaben

Name, Vorname: _____

Hausärztin / Hausarzt (optional): _____

2. Aktuelles Beschwerdebild

Welche Beschwerden führen Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ akut ☐ subakut ☐ chronisch Seit: _____

Beginn der Beschwerden:

☐ plötzlich ☐ schleichend ☐ nach Unfall / Trauma ☐ ohne erkennbare Ursache

Schmerzbeschreibung:

☐ stechend ☐ ziehend ☐ dumpf ☐ brennend ☐ drückend

Schmerzstärke (0–10): _____

Was verschlechtert / verbessert die Beschwerden?

(Bewegung, Ruhe, Belastung, Wärme, Kälte etc.)

Bisherige Behandlungen (ärztlich / therapeutisch) & Wirkung:

Beeinträchtigung von Alltag oder Schlaf?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

3. Relevante Vorerkrankungen & medizinische Vorgeschichte

Frühere Erkrankungen / Operationen / Unfälle:

PRAXIS HEILTHERAPIE

Praxis für Heiltherapie
Ettenberger Weg 1, 87480 Weitnau
Telefon: 0175 3203889
E-Mail: jasmin@praxisheiltherapie.de

Bestehende Erkrankungen (bitte ankreuzen):

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Rheumatische Erkrankungen
- ☐ Neurologische Erkrankungen
- ☐ Osteoporose
- ☐ Krebserkrankung (Art/Jahr): _____
- ☐ andere: _____

Regelmäßige Medikamente (Wirkstoff + Dosierung):

Allergien / Unverträglichkeiten:

☐ nein ☐ ja: _____

Psychische Belastungen (z. B. Stress, Schlafstörungen):

☐ nein ☐ ja: _____

Stresslevel (0 = kein Stress | 10 = sehr hoch): _____

Schlafqualität (0 = sehr schlecht | 10 = sehr gut): _____

Schlafposition: ☐ Rücken ☐ Seite ☐ Bauch

4. Lebensstil (freiwillige Angaben)

Bewegung / Sport: _____

Ernährung (besondere Formen): _____

Rauchen: ☐ nein ☐ ja Alkohol: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

5. Sicherheits- & Ausschlussfragen

- ☐ Ungewollter Gewichtsverlust
- ☐ Fieber oder Nachtschweiß
- ☐ Starke oder plötzlich aufgetretene Schmerzen

PRAXIS HEILTHERAPIE

Praxis für Heiltherapie
Ettensberger Weg 1, 87480 Weitnau
Telefon: 0175 3203889
E-Mail: jasmin@praxisheiltherapie.de

- ☐ Taubheitsgefühle, Kribbeln, Lähmungen
- ☐ Störungen von Blasen- oder Darmentleerung
- ☐ Bekannte Tumorerkrankung
- ☐ Erhöhte Sturzgefahr
- ☐ Schwere Verletzungen (z. B. Wirbelsäule)

Wenn **ja**, bitte erläutern:

Ziele / Erwartungen an die Behandlung:

Aufklärung & Einwilligung

Ich bestätige, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass die Behandlung durch eine Heilpraktikerin / einen Heilpraktiker **keine ärztliche Diagnostik oder Behandlung ersetzt** und dass ich bei Warnzeichen oder Verschlechterung ärztliche Abklärung in Anspruch nehmen muss.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten **ausschließlich zum Zweck der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung** gemäß DSGVO verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht ohne meine ausdrückliche Einwilligung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____