



Anamnesebogen Naturheilpraxis am Ring, HP Rüdiger Britten

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Versicherung:

- Privat versichert (wo?)
- Selbstzahler/ gesetzlich versichert (wo?)

Aktuelle Beschwerden

- Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden:

- Seit wann bestehen diese Beschwerden?

- Gab es einen auslösenden Moment/Ereignis?

- Wie würden Sie die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10 beschreiben?
(1 = sehr leicht, 10 = sehr stark)

- Gibt es Faktoren, die Ihre Beschwerden verschlimmern oder verbessern?

- Haben Sie bereits Behandlungen für diese Beschwerden erhalten? Wenn ja, welche?

Frühere Erkrankungen und Operationen

Hatten Sie in der Vergangenheit ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?

Wenn ja, welche und wann?

Bestehen chronische Erkrankungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder pflanzliche Heilmittel ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Allergien und Unverträglichkeiten

Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, gegen welche Pflanzen/ Metalle/ Nahrungsmittel/ Substanzen?

Lebensstil und Gewohnheiten

Ernährung:

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten (z. B. vegetarisch, vegan, glutenfrei)?

Bewegung:

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Schlaf:

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Wie ist die Qualität Ihres Schlafes?

Schlafprobleme? (Einschlafen/ Durchschlafen)

Stress:

Wie würden Sie Ihr Stresslevel auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen?

(1 = sehr wenig Stress, 10 = extrem viel Stress)

Was sind Ihre Hauptquellen für Stress?

Familiäre Krankheitsgeschichte

Gibt es in Ihrer Familie bekannte, vererbte Krankheiten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Frauen (falls zutreffend)

Sind Sie schwanger oder planen Sie, schwanger zu werden?

- Ja
- Nein

Haben Sie Probleme im Zusammenhang mit Ihrem Menstruationszyklus?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche?

Sonstiges

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das für Ihre Behandlung wichtig sein könnte?

Einwilligung zur Behandlung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilbehandlung nach den Methoden des Heilpraktikers durchgeführt wird. Mir ist bewusst, dass die Behandlungen nicht immer von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

Unterschrift des Patienten:**Datum:****Hinweise zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Ihre persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und ausschließlich für die Bearbeitung Ihrer Behandlung genutzt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.