



## Anamnese Fragebogen

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beruf
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail
Grösse	Gewicht
Familienstand	Kinder
Haustiere	Jahrgang Kinder
Krankenkasse Grundversicherung	
Krankenkasse Zusatzversicherung	
Hausarzt	

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Sie dienen einer optimalen Behandlung.  
Bitte nehmen Sie sich etwa 10 Minuten Zeit, um die Fragen zu lesen und auszufüllen.

### Grund der Konsultation:

--------------

### Gesundheitsfragen/Persönliches Empfinden:

Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche?	
Operationen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche/Wann?	
Sich wiederholende Krankheiten in der Familie	
Welche?	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bevorzugte Jahreszeit	<input type="checkbox"/> Frühling <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter
Unbeliebte Jahreszeit	<input type="checkbox"/> Frühling <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Herbst <input type="checkbox"/> Winter
Bevorzugte Geschmacksrichtung	<input type="checkbox"/> süss <input type="checkbox"/> scharf <input type="checkbox"/> salzig <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> bitter
Bevorzugtes Klima	<input type="checkbox"/> Wind <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feucht <input type="checkbox"/> Trocken
Aktivste Tageszeit	
Passivste Tageszeit	
Durst/Trinkmenge	
Appetit/Essgewohnheiten	
Verdauung/Stuhlgang	
Blähungen/Wind	
Urin Farbe/Häufigkeit	
Menstruation	
Ausfluss	
Schwitzen	
Schlaf	
Temperaturempfindungen	
Beschwerden an Zähnen, Nägeln, oder Haarausfall	
Häufige Erkrankungen/Schwachstellen	



<b>Emotionen:</b>				
Zorn/Wut	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Frustration	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Depression	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Freude	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Grübeln	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Trauer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Zukunftssorgen	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ängste	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht

**Wichtige Informationen zur Krankheitsgeschichte, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten usw.**

**Weitere Informationen/Notizen (vom Therapeuten auszufüllen)**


**WICHTIGE INFORMATION**

Vereinbarte Termine, die nicht mindestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden, werden verrechnet.

