



MANUELA  
FEUERBACH

HEILPRAKTIKERN

Elchinger Str. 6  
89129 Langenau  
0177-4022229

heilpraxis.feuerbach@web.de

## Anamnesebogen

### Ihre Daten:

Namen, Vornamen	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
@Mail	
Geburtsdatum	
Größe	
Gewicht	
Familienstand	
Kinder	
Beruf	
Hausarzt + Tel.	

Datum

Unterschrift

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie und seit wann?.....

.....

.....

- Operationen/Verletzungen                                        ja  nein  welche: .....
- Allergien    ja  nein  welche: .....
- Atemwegerkrankungen    ja  nein  welche: .....
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten                            ja  nein  welche: .....

- Blutdruck                          hoch  niedrig  welche: .....
  - Herz/Kreislaufprobleme        ja  nein  welche: .....
  - Cholesterin                        hoch  niedrig  welche: .....
  - Diabetes, Typ                  ja  nein  welche: .....
  - Hautprobleme                  ja  nein  welche: .....
  - Kopfschmerzen/Migräne        ja  nein  welche: .....
  - Magenprobleme                ja  nein  welche: .....
  - Darmprobleme                ja  nein  welche: .....
  - Müdigkeit/Schlafprobleme     ja  nein  welche: .....
  - Pilzinfektion (Genital, Haut, Nägel)      ja  nein  welche: .....
  - Rheuma, Gicht, Arthrose, Arthritis      ja  nein  welche: .....
  - Rückenprobleme /Bewegungsapparat      ja  nein  welche: .....
  - Schilddrüse (Über-, Unterfunktion)      ja  nein  welche: .....
  - Osteoporose                        ja  nein  welche: .....
  - Infektanfälligkeit (Häufigkeit pro Jahr)    ja  nein  welche: .....
  - Sonstige                                ja  nein  welche: .....
  - Stresslevel von 1-10 (1 wenig - 10 sehr viel)    1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
  - Ängste/ Depressionen 1 - 10        1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- welche Art.....
- Medikamente                        ja  nein  welche: .....
  - Ärztliche/Heilkundliche Behandlung    ja  nein  welche: .....
  - Nahrungsergänzungen                ja  nein  welche: .....
  - Rauchen Sie                        ja  nein  wieviel: .....
  - Alkohol                                ja  nein  wieviel: .....
  - treiben Sie Sport                ja  nein  welchen,wie oft: .....
  - Ernährung überwiegend            vegetarisch / vegan / Frisch / Fast Food
  - Getränke/Menge                    welche:.....

Bitte legen Sie alle bisherigen Arztbriefe/Laborwerte/Diagnostik diesem Schreiben bei