

<p>Naturheilpraxis Sonnenwiese Caroline Šentjurc Heilpraktikerin Akupunktur, Tuina, Kräuterheilkunde, Ernährungsbereitung nach den 5 Elementen Tel: 08751/8769204 www.naturheilpraxis-sonnenwiese.de</p>	<p>Anamnese- Fragebogen</p>	
---	--	---

Name:..... Vorname:Geburtstag:.....

Um Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen zu können, bin ich auf einige Informationen von Ihnen angewiesen. Bitte füllen Sie zu diesem Zweck diesen Fragebogen gewissenhaft aus.
 Die Angaben sind freiwillig.

1. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Kollegen am Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung vom Hausarzt | <input type="checkbox"/> Empfehlung eines anderen Arztes |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> örtliche Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Sie wohnen in der Gegend | <input type="checkbox"/> durch einen anderen Patienten |
| <input type="checkbox"/> Praxisschilder | <input type="checkbox"/> Internet/Homepage |
| <input type="checkbox"/> | |

2. Wer ist Ihr Hausarzt?

.....

3. Medizinische Daten:

Größe: cm Gewicht: kg

4. Haben Sie einen Herzschrittmacher?

- Nein Ja

5. Leiden Sie an Allergien?

- Nein Ja, ich bin allergisch auf:

6. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

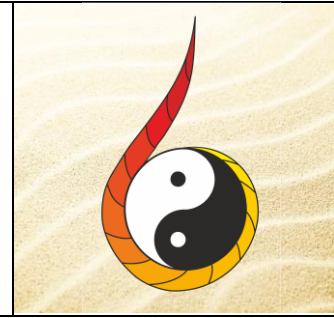
- Ja, im Monat Nein ungewiss

7. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamente	Dosierung	Regelmäßig, seit wann?

Naturheilpraxis Sonnenwiese
Caroline Šentjurc
 Heilpraktikerin
 Fußreflexzonen-therapie, Kinesiologisches
 Taping, Ernährungsberatung nach den 5
 Elementen
 Tel: 08751/8769204
 www.naturheilpraxis-sonnenwiese.de

**Anamnese-
Fragebogen**



8. Welche Vorerkrankungen, chron. Erkrankungen, angeborene Störungen bestehen?

9. Notieren Sie bitte alle Operationen und Krankenhausaufenthalte, Kuren und Therapien.

10. Welche Beschwerden führen Sie in meine Behandlung?

11. Welche Erwartungen setzen Sie in die Behandlung in der Naturheilpraxis Sonnenwiese?

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
 Datum / Unterschrift des Patienten oder ges. Vertreters

Version 1:05.05.17	Seite 2 von 2	Datum: 05.05.17
Erstellt durch: Caroline Šentjurc		