

Anamnesebogen „Ärztin der Sinne“

Es gilt von Arztseite die Schweigepflicht gegenüber Dritten.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ eMail: _____

Medikamenteneinnahme (insbesondere Blutverdünner, Psychopharmaka, Hormone und Schlafmittel):

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja welche?

(Vitamin D3, Vitamin C, Zink, Eisen, Magnesium usw.)

Alkohol-/Drogenkonsum: ja/ nein Welche Substanz: _____

Häufigkeit: täglich / mehrmals pro Woche / gelegentlich

Rauchen Sie: ja/nein Wieviel täglich? _____

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja/nein Geplanter Entbindungstermin: _____

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung:

Vorerkrankungen unabhängig vom Therapiewunsch (auch psychische):

Bisher erfolgte Operationen:

Bekannte Allergien (gegen Medikamente, Pollen, Tierhaare, Nahrungsmittel usw.):

An welcher Therapiemethode sind Sie primär interessiert?

☐ Neuraltherapie ☐ Manuelle Therapie ☐ Energetisches Heilen

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter www.aerztin-der-sinne.de/datenschutz.

Datum: _____ Unterschrift Patient (Erziehungsberechtigter/Betreuer): _____