



Dagmar Seiferheldt-Güster

Praxis für Naturheilkunde

Am Alten Sportplatz 24 – 91781 Weißenburg i. Bay. Telefon 09141 - 7009757

Anamnesebogen

Liebe Patientin / lieber Patient.

Die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes ist in der Naturheilkunde und Frequenz-Medizin von großer Bedeutung, um die Ursachen für Gesundheitsstörungen und Erkrankungen zu ergründen. Meine Behandlungen sind ganzheitlich ausgerichtet, aus diesem Grund bin ich auf Ihre Mithilfe und Ihre Informationen angewiesen. So kann ich mich besser auf Sie vorbereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.
Vielen Dank!

Name

Anschrift

Geburtsdatum **Telefon**

Beruf

Email

1. Leiden Sie im Moment an Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir? Welche Ziele innerhalb Ihrer Erkrankungen haben Sie an mich?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? z.B. Trauer, Kummer, Erkrankungen, Unfälle, Medikamente, Impfungen usw.?

Größe

Körpergewicht

Anzahl Zigaretten/Tag

3. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Windpocken

Röteln

Masern

Mumps

Scharlach

Keuchhusten (Pertussis)

Praxis für Naturheilkunde & Frequenz-Medizin

Dagmar Seiferheldt-Güster

4. Liegen Allergien vor, wenn ja welche. Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Procain |
| <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure | | <input type="checkbox"/> Aspirin |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | | <input type="checkbox"/> Milben |
| <input type="checkbox"/> Nickel usw. | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte angeben: | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte angeben: | | |

5. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften

Anzahl Geburten

Einnahme der Pille

ja

nein

Monatsblutung

regelmäßig

schmerzhaft

unregelmäßig

6. Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familien (Eltern/Großeltern) vor. bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | | |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

7. Liegen Operationen vor? Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. aufführen

- Appendizitis
 Mandeln
 Kaiserschnitt

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

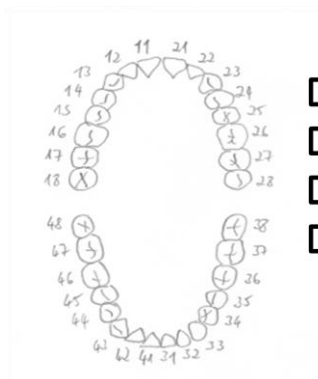
9. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Störungen im Fettstoffwechsel | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Rheumatischen Formenkreises | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | | |

10. Hatten Sie Infektionskrankheiten, wenn ja welche?

11. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

Wurzelbehandlungen/gezogenen Zähne/ Implantate- bitte einzeichnen, wenn möglich.



- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

12. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Gastritis | |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | <input type="checkbox"/> Durchfall |
- Nahrungsmittel, die Sie **nicht** vertragen?

15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

16. Welche Ziele setzen Sie in meine Behandlungen?

Bitte aktuelle Laborbefunde mitbringen

Datum, Unterschrift.....