

# Anamnesebogen



**Naturheilpraxis**

Andreas Ewert - Heilpraktiker  
Sport & Gesundheit - Schmerztherapie

## 1. Persönliche Daten

---

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Männlich

Weiblich

Divers

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

Vollzeit

Teilzeit

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Kg

Zuletzt gewogen: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben über Ihre Gesundheit (Bitte ausfüllen oder Ankreuzen)

---

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen chronische Krankheiten bekannt? Wenn Ja - Welche?


Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja - Welche?


# Anamnesebogen

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? (Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstige..)


Gab es in Ihrem Leben eine Verletzung an Knochen, Bändern, Sehnen oder Bandscheiben?


## 3. Allgemeine Gesundheitsangaben

---

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein       Ja, welchen: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Wie oft: \_\_\_\_\_

Mein aktuelles Fitnessniveau empfinde ich als:

ausgezeichnet     gut     mittel     schlecht     sehr schlecht

### Berufliche Tätigkeit

- überwiegend sitzende Tätigkeit
- überwiegend stehende Tätigkeit
- körperlich anstrengende Tätigkeit
- geistig anstrengende Tätigkeit

### Stresshäufigkeit

- öfters gestresst
- manchmal gestresst
- selten gestresst
- nie gestresst

## 4. Ernährung

---

Wie ernähren Sie sich?       Omnivor (Alles)       Vegetarisch       Vegan

Machen Sie zurzeit eine Diät?

Nein       Ja, welche: \_\_\_\_\_

Gibt es Heißhungerattacken?     Ja       Nein

Wie viel trinken Sie täglich?     < 1 Liter       < 2 Liter       > 2 Liter

# Anamnesebogen

## 5. Aktuelle Beschwerden

---

Wo haben Sie Beschwerden? Seit Wann?


Wie fühlt sich der Schmerz an?  Stechend  Brennend  ziehend  dumpf

Wie tritt der Schmerz auf?  kontinuierlich  schubweise

Wann tritt der Schmerz auf?  Bewegung  Ruhe

Einschränkungen im Alltag:  Arbeit  Freizeit  Sport  Schlaf

## 6. Ihre Ziele

---

Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung?

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Gesundheit
- Reduzierung von Schmerzen (z.B. Rückenschmerzen, Migräne, Kopfschmerzen)
- Muskelaufbau
- Abbau von Körperfett

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind Sie zum ersten Mal bei einem Heilpraktiker/PT?  Nein  Ja

Folgende Tage bevorzuge ich für die Termine:

- Montags  Donnerstags
- Dienstags  Freitags
- Mittwochs  Samstag/Sonntag

08:00 – 12:00Uhr  12:00 – 16:00Uhr  16:00 – 20:00Uhr

# Anamnesebogen

Freitext:

---

---

---

---

## Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halte Ich für Sie zur Einsicht bereit. Alle Angaben sind freiwillig und werden zur Kommunikation im Rahmen der Dienstleistung genutzt. Dafür stimme ich die Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Lesen der Allgemeinen Geschäftsbedingungen und akzeptiere diese.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift