**Naturheilpraxis Späth, Marnbach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Johannes Späth, Heilpraktiker Patient/-in

Sonja Pierson-Späth, Heilpraktikerin **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anamnesebogen** Datum **Momentane Beschwerden** (was, wo, wie stark?)

**Aktuelle Medikamente: Schlafqualität:**

 Ein-, Durchschlafstörungen, Erholung, Nachtschweiß)

**Unfälle/Operationen: Allergien:**

 (Pollen, Tierhaare, Hausstaubmilben)

**Impfungen: Ernährung:**

(welche, wann war die letzte Impfung?) (Mischkost, Vegetarisch, Vegan, Heisshunger auf Süsses,

 bekannte Unverträglichkeiten, echte Allergien)

| Fragen zur Gesundheit: bitte kreuzen Sie an | häufig | selten | nie |
| --- | --- | --- | --- |
| Angst, Depressionen, Antriebslosigkeit |  |  |  |
| Müdigkeit, Erschöpfung, hohes Schlafbedürfnis |  |  |  |
| Herzklopfen, Blutdruck erhöht, Kreislaufprobleme |  |  |  |
| Kopfschmerzen, Migräne |  |  |  |
| Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwindel |  |  |  |
| Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Völlegefühl |  |  |  |
| Rückenschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen |  |  |  |

Fragen zu Krankheiten: bitte kreuzen Sie an

Asthma O ..............(Jahr) Borreliose O ..............(Jahr)

Bandscheibenvorfall O ..............(Jahr) Krebs O ..............(Jahr)

Gefäßerkrankung O ..............(Jahr) Gallensteine O ..............(Jahr)

Blasenentzündung O ..............(Jahr) Lungenentzündung O ..............(Jahr)

Herzerkrankung O ..............(Jahr) Gicht O ..............(Jahr)

**Naturheilpraxis Späth, Marnbach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Johannes Späth, Heilpraktiker Patient/-in

Sonja Pierson-Späth, Heilpraktikerin **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum **Anamnesebogen für Babys & Kleinkinder**

**Momentane Beschwerden** (was, wo, wie stark?)

**Aktuelle Medikamente: Schlafqualität:**

(Vit.D3, Fluor, Lefax, sab...)  **(**Ein-, Durchschlafstörungen, Schreiattacken wann?)

**Allergien (Patient/-in selbst)**

(Pollen, Tierhaare, Hausstaubmilben/Nahrungsmittel)

**Impfungen: Ernährung:**

(welche, wann war die letzte Impfung?) Babynahrung:

 Beikost:

**Verlauf Schwangerschaft: Geburt:**

(Antibiotika, Jod, andere Medikamente) (Natürlich, Kaiserschnitt, Saugglocke,

(Scheideninfektion, Pilze?) Komplikationen?)

Lebensumstände

(Geschwister, Krippe, Kindergarten, Haustiere )

Fragen zu bekannten Krankheiten in der Familie

Asthma O ................... Darmerkrankungen O .....................

Neurodermitis O ................... Krebs O .....................

Nebenhöhlenenentz. O ................... Andere........................................................