



# Anamnese-Fragebogen

Name .....

Vorname ..... Telefon .....

Geb. .... Anschrift .....

Beruf ..... Anschrift .....

Was macht Ihnen zur Zeit Probleme? .....

Wie sieht ihre familiäre Situation aus? .....

Fühlen Sie sich oft gestresst? 

ja	nein
----	------

Welche Farben mögen Sie am liebsten? 

grünrot	gelb
blau	weiß

Welche Jahreszeit mögen Sie am liebsten? 

Frühling	Sommer	
Spätsommer	Herbst	Winter

Welche Tageszeit mögen sie am liebsten? 

morgens	mittags	
nachmittags	abends	nachts

Welcher Bereich ist am ehesten Ihre Schwachstelle? 

Schultern	Hüfte	Brustkorb
seitliche Kopf- und Körperregion		
Hände	Vorderseite	oberer Rücken
unterer Rücken	Knie	Füße

Treiben Sie Sport, bewegen Sie sich gerne? 

ja	nein
----	------

Haben Sie oft Kopfschmerzen? 

ja	nein
----	------

Wechseln Ihre Stimmungen schnell? 

ja	nein
----	------

Brauchen Sie lange um sich zu entscheiden? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Probleme mit den Augen? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Schlafprobleme? 

ja	nein
----	------

haben Sie Herzprobleme? 

ja	nein
----	------

Leiden Sie unter Hitzwallungen? 

ja	nein
----	------

Haben Sie oft kalte Hände oder Füße? 

ja	nein
----	------

Sind Sie eher ein einsilbiger Mensch? 

ja	nein
----	------

Können sie herzhaft lachen? 

ja	nein
----	------

Essen Sie oft Süßes? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Probleme mit dem Gewicht? 

ja	nein
----	------

Sind Sie oft nachdenklich, sorgenvoll oder grüblerisch? 

ja	nein
----	------

Haben Sie häufig Erkältung oder Atembeschwerden? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Hautauschläge, Allergien? 

ja	nein
----	------

Lieben Sie Ordnung? 

ja	nein
----	------

Neigen Sie zu Blasenproblemen oder Nierenerkrankungen? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Probleme mit der Lendenwirbelsäule? 

ja	nein
----	------

Haben Sie Zahnprobleme? 

ja	nein
----	------

Leiden Sie unter Angstgefühlen? 

ja	nein
----	------