



**Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,**

Dr. phil. nat. Olaf Rose  
Grüneburgweg 122  
60323 Frankfurt am Main

Telefon: 069 - 59 79 94 49  
Fax: : 069 - 59 79 97 63

Nichts kann ein persönliches Gespräch ersetzen. Um den Ersttermin für Sie jedoch so effektiv wie möglich gestalten zu können, bitte ich Sie mit diesem Anamnesebogen um ein paar Informationen über Ihre aktuellen Beschwerden. Diese stehen nicht selten in einem engen Zusammenhang mit Vorerkrankungen oder eventuell zurückliegenden Ereignissen. Aus diesem Grund ist es wichtig, möglichst viele Informationen zu sammeln. Dadurch erhalte ich einen, für die Diagnose und Therapie wichtigen, ganzheitlichen Eindruck. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so umfassend wie möglich und senden mir den Anamnesebogen vor dem vereinbarten Termin zu.

## Persönliche Daten

### Ihre Adresse und Kontaktdaten

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wann erreichen wir Sie am besten: \_\_\_\_\_

Wie sollen wir Sie bevorzugt kontaktieren  Mail  Telefon  Postweg

Name:

Vorname:

Titel:

Geburtsdatum:

Geschlecht

weiblich

männlich

Größe:

Blutgruppe:

Gewicht:

## Beschreiben Sie hier Ihre aktuellen Beschwerden

Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre Beschwerden in eigenen Worten zu beschreiben

Im Folgenden werden einzelne Themenbereiche, die aus meiner Sicht relevant sind abgefragt. Auch wenn sich die Fragen auf Aspekte beziehen, die aus Ihrer Sicht nicht wichtig sind, bitte ich Sie diese zu beantworten. Wir werden im Einzelnen auf diese Punkte im Erstgespräch eingehen.

# ANAMNESEBOGEN NATURHEILPRAXIS AM PALMENGARTEN

## Symptome, Beschwerden

Ich leide unter  Schmerzen,  Krämpfe,  Jucken, / Brennen,  Einschränkungen

die  ständig auftreten  \_\_\_\_\_ mal am Tag auftreten

alle \_\_ Stunden auftreten  unregelmäßig auftreten

pulsierend  stechend  dumpf  \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 (gering) bis 10 (unerträglich) sind die Schmerzen/Beschwerden:



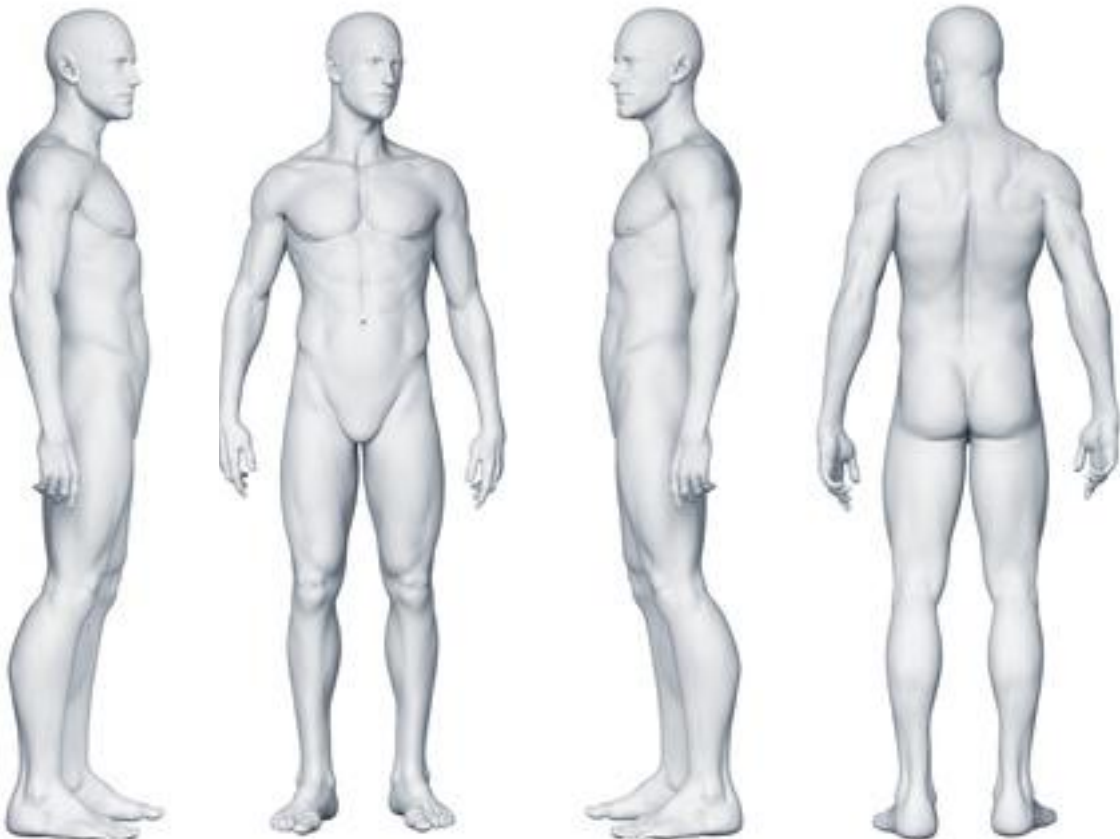
Die Beschwerden sind erst kürzlich aufgetreten

Meine Beschwerden bestehen schon länger und zwar seit \_\_\_\_\_

Ich war wegen dieser Beschwerden bereits bei folgenden Ärzten / Therapeuten:

\_\_\_\_\_

### Wo treten die Beschwerden auf?



### Welche Teile des Körpers sind betroffen?

Haut  Knochen  Haare  Zähne  Schleimhaut

Muskeln  Gelenke  \_\_\_\_\_



# ANAMNESEBOGEN NATURHEILPRAXIS AM PALMENGARTEN





## Begleitende Aspekte

- Ich leide unter Schlafstörungen:       Einschlafstörung     Durchschlafstörungen  
 Ich leide unter Verdauungsstörungen     häufige Durchfälle     eher durchfallartigen Stuhl  
 Ich habe beruflich     viel Stress     hohe Arbeitsbelastung     Schichtdienst  
 Ich habe privat     viel Stress \_\_\_\_\_  
 Ich trinke regelmäßig/täglich Alkohol     Wein/Bier     Spirituosen  
 Ich habe schon häufig eine Diät gemacht     zum Abnehmen     wegen Unverträglichkeiten  
 Ich leide unter häufigem Harndrang     insbesondere nachts  
 Ich leide unter Konzentrationsschwäche  
 Ich leide unter häufigen Schwitzen  
 Ich leide nach dem Essen unter     Übelkeit     Magen-/Darmschmerzen     Blähungen  
 Ich leide unter abnormer Müdigkeit     nach dem Essen     vormittags     nachmittags     ganztägig

## Ernährung und Lebensführung

- Ich bin Raucher/Inn und rauche täglich     5     10     20     mehr als 20  
 Ich trinke regelmäßig Kaffee     2-3 Tassen/Tag     3-6 T/d     ständig  
 Ich trinke Tee: \_\_\_\_\_     2-3 Tassen/Tag     3-6 T/d     ständig  
 Ich trinke Wasser / still/medium/classic     2-3 Gläser/Tag     3-6 G/d     > 2 Ltr.

## Welche dieser Lebensmittel sind wie oft Bestandteil Ihrer Ernährung?

	Täglich mehrfach	einmal am Tag	2-3 mal / Woche	nie
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

