



Ätherische Öle Heilpraktiker



heilpraxisgemeinschaft lutz > Adlerstraße 55 > 73113 Ottenbach

Anamnesebogen Naturheilpraxis **“Ätherische Öle Heilpraktiker“**

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Diagnose in der Naturheilkunde wird der Mensch ganzheitlich betrachtet, nicht nur die Symptome. Daher bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen, um Sie besser „kennenzulernen“.

**Ich bitte Sie, diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen und ihn mir vor unserem Termin per Mail oder auch per Post zuzusenden.
Ich danke Ihnen für Ihre Mithilfe.**

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ **Telefon** _____

Email _____



Ätherische Öle Heilpraktiker



Was haben Sie für Beschwerden? Was führt Sie zu mir?

Kennen Sie den Auslöser für Ihre Beschwerden?

z.B. Scheidung, Trennung, Unfall, Schock, Trauer, Verluste, Erkrankungen, Medikamente, Impfung ...

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern
- Röteln
- Windpocken
- Mumps
- Scharlach
- Pseudokrapp
- Keuchhusten

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Heuschnupfen
- Tierhaare/Hautschuppen
- Hausstaub
- Pollen
- Milben
- Metalle
- Nahrungsmittel: _____
- Medikamente: _____
- Sonstige Allergien: _____



Ätherische Öle Heilpraktiker



Was hatten Sie für Operationen und wann?

- Galle _____
- Mandeln _____
- Polypen _____
- Blinddarm _____
- Sonstiges _____

Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie vor?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten
- Blutungsneigungen
- Krebs (welche Art) _____
- Sonstige _____

Nehmen Sie im Moment Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

Nehmen Sie Blutverdünner wie z. B. Marcumar?

- Ja Welche: _____
- Nein

Haben oder hatten Sie epileptische Anfälle?

- Ja
- Nein

Ist Ihr Blutdruck (wenn bekannt)

- hoch
- niedrig



Ätherische Öle Heilpraktiker



Fragen zu Ihrer Person:

Größe _____ Körpergewicht _____

Sind Sie schwanger?

- Ja Nein

Wie ist Ihre Regelblutung?

- stark schwach normal

Welche Impfungen hatten Sie?

Gibt es in Ihrem Leben etwas, das Ihnen Stress bereitet?

- Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Sind Sie morgens nach dem Aufwachen ausgeruht?

- Ja Nein

Können Sie abends gut einschlafen?

- Ja Nein

Schlafen Sie nachts durch?

- Ja Nein



Ätherische Öle Heilpraktiker



Was haben Sie für Vorerkrankungen?

- Asthma
- Bluthochdruck
- Depression
- Diabetes
- Gallensteine
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht
- Hauterkrankungen
- Herzkrankheiten
- Lebererkrankung
- Magenerkrankung
- Rheuma
- Nierenbeckenentzündung
- sonstige Nierenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Tumorerkrankung (welche Art) _____
- Sonstige chron. Erkrankungen _____

Haben Sie nach dem Essen Verdauungsprobleme wie:

- Aufstoßen (öfters)
- Sodbrennen
- Völlegefühl
- vermehrt Blähungen
- Durchfall
- Verstopfung

Leiden Sie unter:

- Gastritis
- Magengeschwür
- Heliobakter Pylori
- Appetitlosigkeit

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht oder schlecht vertragen?



Ätherische Öle Heilpraktiker



Haben Sie Zahnimplantate?

- Ja Nein

Wenn Sie Zahnfüllungen haben, woraus sind diese?

- Amalgam Kunststoff Gold
 Keramik

Wurde bei Ihnen Amalgam aus den Zähnen entfernt?

- Ja Nein

Wenn ja, wurde dieses Amalgam ausgeleitet?

- Ja Nein

Wenn ja, womit? _____

Hiermit erteile ich Frau Ute Lutz den Auftrag, für mich einen Therapieplan mit ätherischen Ölen zu erstellen.

Datum, Unterschrift