



Anamnese-Fragebogen für die Naturheilpraxis Daniela Liebscher

1. Persönliche Angaben

Vorname / Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Versicherung / Krankenkasse:

Hausarzt:



2. Ihr Anliegen

Welche Behandlung interessiert Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faltenreduzierung / Anti-Aging | <input type="checkbox"/> Osteopathie |
| <input type="checkbox"/> Abnehmen & Stoffwechselkur | <input type="checkbox"/> Vitamin-Aufbaukur |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Allergiebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Darmsanierung | <input type="checkbox"/> Long-Covid / Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
-

3. Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie stark sind die Beschwerden?

- leicht mittel stark

Gab es einen Auslöser?



4. Allgemeine Gesundheitsfragen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migräne / Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rücken-/Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Long-Covid |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Depressionen / Burnout |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |
-

5. Medikamente / Allergien

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

6. Ernährung & Lebensstil

Ernährungsweise

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mischkost | <input type="checkbox"/> Low Carb |
| <input type="checkbox"/> Vegetarisch | <input type="checkbox"/> Zuckerfrei |
| <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Glutenfrei |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |
-



Rauchen Sie?

- Ja
- Nein

Alkoholkonsum:

- selten
- nie
- regelmäßig

Darmgesundheit

- Durchfall
- Reizdarm
- Pilzbelastungen
- Sonstige Beschwerden:
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- häufige Antibiotikaeinnahme

7. Schmerztherapie / Osteopathie / Akupunktur

Wo befinden sich die Schmerzen?

Wie lange bestehen die Beschwerden?

Wurden bereits Therapien durchgeführt?



7. Anti-Aging / Ästhetik

Welche Behandlung interessiert Sie?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faltenreduzierung | <input type="checkbox"/> Hautstraffung | <input type="checkbox"/> Lippenaufbau |
| <input type="checkbox"/> Hautbild verbessern | <input type="checkbox"/> Leberfleckentfernung | <input type="checkbox"/> Haaraufbau / Haarfiller |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Gab es bereits ästhetische Behandlungen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

8. Sonstige Angaben

Was wünschen Sie sich von der Behandlung?

Gibt es weitere wichtige Informationen?

9. Datenschutz, Einwilligung, Terminvereinbarungen*

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ich akzeptiere die Terminvereinbarungen.
- Ich bin mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Behandlung einverstanden.
- Ich wurde darüber informiert, dass Heilpraktikerleistungen in der Regel Privatleistungen sind.

Bad Nauheim, den _____

(Unterschrift Patient/in)

** Vereinbarte Termine sind grundsätzlich einzuhalten. Kurzfristige Absagen sind bis zu 24 Stunden vor Terminbeginn kostenlos möglich. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen sind wir gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, eine Ausfallgebühr - 50 % der Kosten der geplanten Behandlungseinheit - zu erheben.*