

Anamnesebogen
Praxis für Naturheilkunde und Komplementärmedizin
Heilpraktiker Panagiotis Vafiadis

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Name: | Geboren am: |
| Straße: | Familienstand: |
| Ort: | Beruf: |
| Tel: Mobil: | Hausarzt: |
| E-Mail: | Krankenversicherung: |

Aktuelles Beschwerdebild:

| |
|--|
| Welche Beschwerden haben Sie? Seit wann? |
| Was tun Sie dagegen? |
| Gibt es Mitbehandler? |

Medikamente:

| Gegen/ für was | Name | Dosierung u. Dauer |
|----------------|------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Krankheitsgeschichte:

| |
|---|
| Welche Vorerkrankungen hatten Sie? (Operationen, Kinderkrankheiten, Allergien, Unfall etc.) |
| |

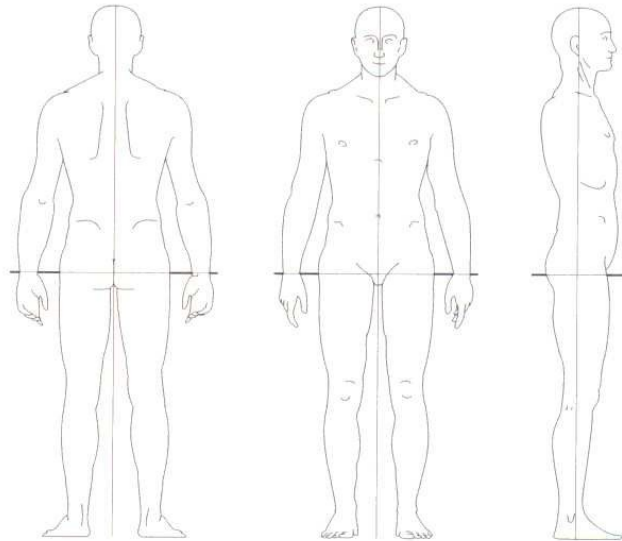
Das Alltägliche:

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Rauchen Sie? | Probleme beim Wasserlassen? |
| Alkoholmenge pro Woche? | Probleme beim Stuhlgang? |
| Regelmäßige Nahrungsaufnahme? | Menstruationsprobleme? |
| Trinkmenge täglich? | Treiben Sie Sport? |
| Schlafen Sie gut? | Haben Sie Stress? |

Anamnesebogen
Praxis für Naturheilkunde und Komplementärmedizin
Heilpraktiker Panagiotis Vafiadis

Familiäre Disposition:

Welche schweren Erkrankungen gab/gibt es in Ihrer Familie?



Wo genau haben Sie Beschwerden? (Bitte oben einzeichnen)

Was erwarten Sie von der Therapie?

Wann war die letzte Blutuntersuchung und was war der Befund?

Falls Sie Befunde, Röntgen- oder CT-/MRT -Bilder besitzen, bringen Sie diese bitte mit oder senden sie zusammen mit dem Anamnesebogen vorab an die Praxis.

Aufklärung:

Laut§611 BGB kläre ich Sie hiermit auf, dass Sie zu Beginn der Behandlung einen Behandlungsvertrag eingehen.

Kostenübernahme durch Privat- und Zusatzversicherungen ist möglich, ansonsten zahlen Sie die Maßnahme selbst.

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____