



Naturheilpraxis Schulte
Integrative Osteopathie – Naturheilverfahren - Traditionelle chinesische Medizin
Brigitte und Klaus Schulte
Heilpraktiker

Name Patient _____

geb. _____ Alter _____

Straße _____

PLZ – Wohnort _____

Beruf _____

Telefon – E-mail _____

Behandelnder Arzt _____

Empfehlung durch _____

Rechnungsinformationen

Name Rechnungsempfänger _____

Sind Sie privat versichert? - bei _____

Zusatzversichert? - bei _____

Selbstzahler? Ja _____ Nein _____

Welche Beschwerden führen Sie aktuell in unsere Praxis:

Anamnese und aktuelles Befinden

Bitte nehmen Sie sich für diesen Anamnesebogen etwas Zeit und füllen Sie ihn möglichst vollständig aus.

Schmerzen

wo, zu welcher Tageszeit
seit wann, Qualität 0-10

Ernährungsgewohnheiten

Vollwertkost Vegetarier Veganer Gemischt diverse Diäten Rohkost
 Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? ____
 Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel? ____
 Trinken Sie schwarzen Tee? Wenn ja, wie viel? ____
 Durst/ ca tgl. Trinkmenge Schwitzen Sie viel?
 Auffälliger Gewichtsverlust: ja nein
 Appetit: normal: zugenommen: abgenommen:

HWS

Beschwerden

BWS

Beschwerden

LWS

Beschwerden

Kreuzbein

Beschwerden

Haut

Hauterkrankungen Neurodermitis Ekzeme/Allergien
 Durchblutungsstörungen andere Haarausfall

Kopf

Kopfschmerzen Migräne Schwerhörigkeit Nase Mund
 Gebisszustand andere

Hals

Mandeln Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion
 andere

Atmungsorgane

Asthma Beschwerden andere

Augen

Fehlsichtigkeit Grauer Star Grüner Star sonstiges

Bauch/ Verdauung

Magen Darm Blähungen Leber täglich Stuhlgang Galle

Urogenitaltrakt

Niere Blase Prostata Uterus

Blut

Anämie Blutgruppe erhöhte Blutfette Durchblutungsstörungen
 Gerinnungsstörungen Erhöhter Cholesterinspiegel Schlaganfall

Herz

Herzschwäche Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck andere
 Herzschmerzen Blutdruck: ___/___ Puls: _____ zuletzt gemessen: _____

für Frauen

Menstruationszyklus, Intervall, Dauer:

Blutung, Schmerz, vorher, während, nachher

Pille, Spirale, Schwangerschaften

Geburten/ Komplikationen?

Wechseljahresbeschwerden?

Vegetativum/Nerven/Psyche

Schlafen Sie gut ein?

Können Sie gut durchschlafen?

Wie ist die Schlafqualität/ Erholung?

Haben Sie aktuell Sorgen/ Ängste?

Depressionen Nervosität Aggression veget. Dystonie Müdigkeit

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Passivraucher

Beziehung zu Eltern, Partner, Kinder, Enkelkinder?

Vitalität/ Psyche von 0 – 10 ca:

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wie oft/Woche?

Stoffwechsel-/ Knochen

Diabetes insulinpflichtig Diabetes nicht insulinpflichtig

Rheuma Osteoporose Arthrose TBC

Infektanfälligkeit andere

Krebserkrankungen Wenn ja, welche _____

Operationen/Narben _____

Unfälle

Ärztlich verordnete Medikamente, seit wann:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Anmerkungen: