

- Ärztliche Verordnung / Diagnose
- Faszientherapie
- Vitalstoff-Beratung
- Liebscher & Bracht
- DNA-Analyse

# ANAMNESE FRAGEBOGEN

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

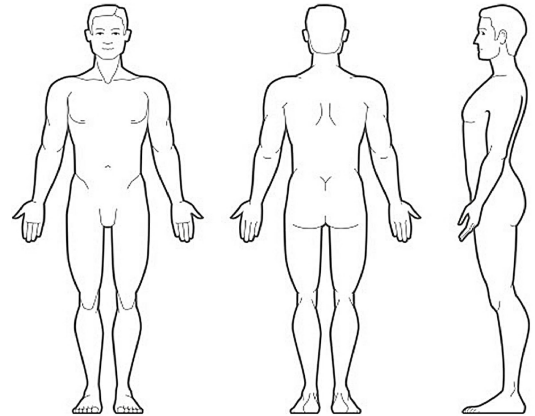
Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Sozialvers.Nr.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sport, Hobbys: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie unten Ihre aktuellen Beschwerden an:



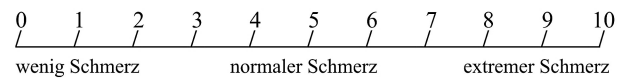
Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann äußern sie sich? \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen und Operationen:  
(Erstdiagnose)

- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose
- Herzinfarkt / Angina pectoris
- Diabetes mellitus
- Hauterkrankungen

Schmerzskala:



Körpergewicht und -größe: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünner ein? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Für weibliche Patienten:

Sind Sie schwanger? Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein: \_\_\_\_\_

NOTIZEN vom Therapeuten/in:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BEHANDLUNGSVERLAUF:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vereinbarung über die wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen: Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen! Ich bin mir bewusst, dass nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und das alle Angaben des Therapeuten nur Empfehlungen sind. Durch falsche Angaben, haftet der Therapeut nicht für etwaige Schäden.

Datum / Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

Name / Therapeut/in \_\_\_\_\_