



*Stephanie Grützner*  
Raum für Erkenntnisse & Heilung

## ANAMNESE – PATIENTENFRAGEBOGEN

Anschrift Schloßangerweg 18  
D-85635 Höhenkirchen

Telefon 08102 / 874549

E-Mail heilraum.gruetzner@gmail.com

Internet www.heilraum-stephaniegruetzner.de

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit zum Ausfüllen!

Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Geburtstag  
(Zeit & Ort) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung  gesetzlich (AOK, Barmer, usw.)  Beihilfe/Post  Privat od. Zusatzversicherung

1. Was soll Ziel der Behandlung bei mir sein?

---

---

---

---

2. Welche Erkrankungen/Symptome haben Sie und seit wann?

---

---

---

3. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

---

---

---



INFO: Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einer gesonderten Seite machen.

Falls zur Hand, senden Sie mir gern eine Kopie der letzten **Blutuntersuchung** sowie **Befunde** unter [heilraum.gruetzner@gmail.com](mailto:heilraum.gruetzner@gmail.com)

4. Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, wo?

---

---

5. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

---

---

6. Wie ist Ihr Schlafverhalten?

---

---

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?  
Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt  
und fühlen sich frisch?

---

---

7. Wie bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung? (Skala von 1-10 | 1=schlecht / 10=sehr gut)

<input type="checkbox"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium-Zahnfüllungen? Wann entfernt?  
Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

---

---

9. Welche Impfungen haben Sie erhalten?

---

---

---

10. Rauchen Sie?

ja  nein

11. Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Sommer?

gut  schlecht

12. Haben Sie Narben? Wo?

---

---

---



INFO: Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einer gesonderten Seite machen.

Falls zur Hand, senden Sie mir gern eine Kopie der letzten **Blutuntersuchung** sowie **Befunde** unter [heilraum.gruetzner@gmail.com](mailto:heilraum.gruetzner@gmail.com)

13. Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann?

Name des Medikaments	Einnahme seit
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

14. Familienanamnese, an was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Mutter \_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_

Oma \_\_\_\_\_

Opa \_\_\_\_\_

Schwester \_\_\_\_\_

Bruder \_\_\_\_\_

15. Vertragen Sie Rohkost?  ja  nein

16. Verursacht Rohkost Blähungen?  ja  nein

17. Konsumieren Sie? Genau bitte!	ja	nein	wie viel	wie oft
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

18. Wie oft haben Sie Stuhlgang?  täglich  wöchentlich

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?  wässrig  breiig  geformt  wechselhaft

19. Wie viel und was genau trinken Sie täglich?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



INFO: Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einer gesonderten Seite machen.

Falls zur Hand, senden Sie mir gern eine Kopie der letzten **Blutuntersuchung** sowie **Befunde** unter [heilraum.gruetzner@gmail.com](mailto:heilraum.gruetzner@gmail.com)

20. Auf welche Lebensmittel könnten Sie nur schwer verzichten?

---

---

---

---

21. Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verändern?

---

---

---

---

22. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

---

---

---

---

23. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

---

---

---

---