



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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

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

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?
