

Kosmetische Aromatherapie-Praxis
Lena van Zwieten de Blom
Hermannstraße 7
25524 Itzehoe



Telefon: 0151 510 289 62
E-Mail: praxis@aromatherapie-blom.de

Anamnesebogen – gemeinsam besprochen am: _____

Liebe Kundin, lieber Kunde!

Ihnen und Ihrer Gesundheit möchte ich meine ganze Aufmerksamkeit und meine gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötige ich einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe zuhause aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Arzt, Ihren sonstigen für Sie zuständigen Fachpersonen oder auch mit Ihren Angehörigen. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese bitte zunächst offen. Ich werde Ihnen dann gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von mir streng vertraulich behandelt und ohne Ihr vorgängiges schriftliches Einverständnis an niemanden weitergegeben. Bitte beachten Sie hierzu auch die Infos zur EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) auf meiner Webseite www.aromatherapie-blom.de

Ihre
Kosmetische Aromatherapie-Praxis
Lena van Zwieten de Blom

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Tagsüber
telefonisch erreichbar:

Beruf:

Arbeitgeber:



Ihr zuständiger Hausarzt, Ort der Praxis:

Warum suchen Sie mich auf – Stress? Schlaf? Innere Unruhe? Fragen? Anderes?
Bitte notieren Sie möglichst alles, was Sie für Anliegen haben.

Sind in Ihrer **Blutsverwandtschaft**

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Schlaganfall

Zuckerkrankheit

Nierenerkrankungen

Nervenleiden bekannt?

Wenn ja, welche?

Hatten Sie Kinderkrankheiten, die bleibende Folgen hinterließen (z. B. Kinderlähmung?)

Wie groß und wie schwer sind Sie?

Hatten Sie Operationen (z. B. Blinddarm-, Mandelentfernung, Verletzungen / Verwundungen, Bypass-Operation, Schrittmacher, Wirbelsäule)? Wenn ja, welche und wann? Notieren Sie bitte alles!

Hatten Sie Entbindungen, Fehlgeburten, frauenärztliche Operationen? Wenn ja, bitte Art der Operation und Jahreszahl angeben!

Sind Sie zurzeit schwanger?

Wann ist der berechnete Entbindungstermin?

Haben Sie bereits Kinder?

Sind Sie in den Wechseljahren?

Welche Symptome haben Sie?

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen der inneren Organe – also z. B.

- des Herzens
- der Leber
- der Nieren
- der Lunge
- der Bauchspeicheldrüse
- des Magens oder Darmes
- der Gallenblase
- Krebserkrankungen
- Andere

Wurden bei Ihnen Lymphknoten entfernt? Falls ja, wo/welche Region?

Haben Sie ein (akutes) Rückenleiden? Wenn ja, welches?

Bestehen bei Ihnen Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der Nebennieren)? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinson, Alzheimer, andere Demenzformen, Anfallsleiden)? Wenn ja, unter welchen?

Besteht bei Ihnen eine psychiatrische Erkrankung (z. B. bipolare Störung, Borderline-Störung, (k)PTBS, Angststörung, Depressionen o.a.)? Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Augenerkrankungen? Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen im HNO-Bereich? Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn ja, wogegen?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland? Wenn ja, wie lange und wo?

Haben Sie Haustiere oder sonstige Tierkontakte? Wenn ja, welche?

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? Wenn ja, was und wie viel?

Rauchen Sie? Wenn ja: was? Wie viel? Seit wann?

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, wie oft, seit wann und welche?

Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel? Wenn ja, welche und wie oft pro Woche?

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel? Wenn ja, welche und wie oft pro Woche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit in welcher Dosis und wie oft? Bitte nennen Sie alle Tabletten, die Sie einnehmen, incl. Vitamine, pflanzliche/homöopathische/sonstige alternativmedizinische Präparate!

Von welchen Ärzten werden Sie noch betreut (Kardiologe, Diabetologe, Nephrologe, Urologe, Gynäkologe, Augenarzt od. a.) oder von welchen Heilpraktikern oder sonstigen Therapeuten?

Ich versichere, jegliche Veränderungen meines gesundheitlichen Zustandes zu melden.

Ort, Datum, Unterschrift Kundin/Kunde _____