

# Anamneseblatt

## Persönliche Angaben \*)

Name:		Telefon Natel:	
Vorname:		Telefon P:	
Strasse:		Telefon G:	
PLZ / Ort:		E-Mail:	
Geb. Datum:		Beruf:	
Zivilstand:		Kinder:	
Krankenkasse:		Hausarzt:	

## Medizinische & Therapeutische Situation \*) ... Genaue Angaben nach Bedarf

Blutdruck:	
Blutgruppe:	
in ärztl. Behandlung:	
aktuelle Beschwerden:	
aktuelle Therapien:	
frühere Therapien/Physio:	
chronische Beschwerden:	
Medikamente:	
Operationen:	
Krankheiten in der Familie:	
Unfälle:	
Impfungen:	

## Sonstige Medizinische Angaben \*)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Augenprobleme                | <input type="checkbox"/> Hautprobleme     |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck    | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> Migräne          |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen          | <input type="checkbox"/> Schwindel                    | <input type="checkbox"/> Tiefer Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrations-<br>störungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Suchtverhalten     | <input type="checkbox"/> Sonst (_____)                | <input type="checkbox"/> Sonst (_____)    |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*\*) Falls es Ihnen nicht wohl ist, alle Angaben hier zu machen, lassen Sie entsprechend das Feld leer. Wir können es gerne in der Praxis persönlich besprechen. Alle Angaben unterliegen dem Patientengeheimnis und werden entsprechend vertraulich behandelt.*

**Naturheilpraxis Anita E. Ryan**

Naturheilpraktikerin NVS | kant. approbiert | Krankenkassen anerkannt

Sonnhaldehof 22 | 6024 Hildisrieden | 041 460 14 05 | 079 962 48 21 | info@naturheilpraxis-ryan.ch | www.naturheilpraxis-ryan.ch

**Klassische Massage | Fussreflexzonenmassage | Pflanzenheilkunde | Lymphdrainage**