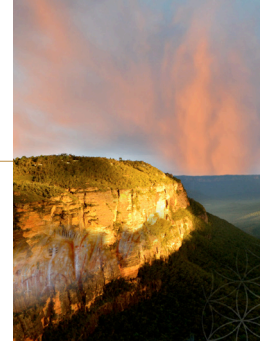




Janna Raphaela
HOLISTISCHE GESUNDHEITSBERATUNG



Janna Raphaela Odesser
Boschetsriederstraße 81
81379 München
Mobil 0151 26639759
info@janna-raphaela.de



ANAMNESEBOGEN

Die gewissenhafte Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist vor unserer ersten Sitzung sehr wichtig. Für mich, um mich möglichst gut auf den Termin vorzubereiten, damit schon im Erstgespräch lösungsorientiert vorgegangen werden kann. Dadurch sparen wir uns bei der (ersten) Sitzung Zeit, die sonst für das Erstellen eines Big Pictures benötigt wird. Aber auch für Dich kann der Fragebogen hilfreich sein, da Dir vielleicht Zusammenhänge auffallen oder Ereignisse wieder in Erinnerung gerufen werden, die Du schon gar nicht mehr auf dem Schirm hattest. Auch kann Dir vielleicht schon die Beantwortung des Fragebogens evtl. aufzeigen, wo Du noch mehr in die Selbstfürsorge gehen könntest . . .

Denke bitte daran, dass alle Antworten freiwillig sind. Auch ein „keine Angabe“ ist für mich eine valide und wichtige Information.

Bitte schicke mir alle Seiten ausgefüllt unbedingt vor dem ersten Termin an: info@janna-raphaela.de
Danke

Persönliche Angaben

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Zeit/Ort (falls bekannt):

Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

Straße: Hausnummer:

Tel: Handynummer:

E-mail: Beruf:

Gewicht: kg

Größe: cm



Fragebogen

Was führt Dich zu mir?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie sind Deine derzeitigen Lebensumstände? (Familie, Single, Geschieden, etc.)

.....

.....

Wo lebst Du und wie? (Haus, Wohnung, WG, etc.)

.....

.....

Nikotin:

Alkohol:

Sport: täglich wöchentlich selten nie

Welche Sportart(en):

.....

.....

Eigene Einschätzung der Ernährung:

.....

.....

.....

.....

Wie viel Flüssigkeit nimmst du täglich zu Dir (Wasser/Ungesüßten Tee)?

.....



Sonstige Freizeitaktivitäten/Entspannungsaktivitäten/Interessen:
.....
.....
.....
.....

Wie viel Zeit verbringst Du pro Woche in der Natur?

Ca. Stunden

Wie ist Deine Stimmung in den letzten drei Monaten?

.....
.....

Wie ist Deine Stimmung in den letzten drei Jahren?

.....
.....

Hattest Du bereits einmal eine depressive Episode?

O nein O ja, wann?:

Sind Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) bekannt? Wenn ja, welche?

.....

Hast Du viele Entzündungskrankheiten (gehabt)?

O nein O ja, welche?:.

Welche früheren schweren Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen hast Du durchgemacht? (bitte mit Datum angeben)
.....

Sind von diesen Operationen oder anderen Schnittwunden Narben oder Fremdkörper oder Implantate zurückgeblieben? O ja, wo?
.....

Zähne:

- Zahnfüllungsmaterial heute:

- Weisheitszähne noch vorhanden: O ja O nein

- Tote Zähne: O ja O nein

- Wurzelbehandelte Zähne: O ja O nein



- Hast Du eine Aufbisschiene oder mal eine solche gehabt?

ja nein

- Hast Du Amalgam-Füllungen?

ja nein, es wurde entfernt

Wann ist das Amalgam herausgenommen worden?

Ist eine Schwermetallausleitung gemacht worden?

ja nein

Wie bzw. mit welcher Substanz?

Chronische Erkrankungen und/oder Beschwerden:

- Im Bereich des Kopfes:

Augen:

Ohren:

Kieferhöhlen:

Mandeln:

- Im Bereich der Verdauungsorgane:

Leber:

Galle:

Magen:

(Pankreas) Bauchspeicheldrüse:

Darm:

Verdauungsstörungen:

Blähungen: ja nein

Stuhlgang wie oft? Konsistenz:

- Niere / Blase:

- Herz:

- Lunge:

- Schilddrüse:

- Unterleibserkrankungen:

.....



Frauen:

Geburten: Fehlgeburten:

Operationen (Ausschabungen, Polypen, etc.):

Eierstöcke (Entzündungen, Operationen, Zysten, etc.):

.....

Antibabypille: ja, welche?

nein, welche Art der Verhütung dann?

Vorhandene Periode: ja nein

Menopause: ja, seit:

Nachtschweiß: ja nein

Vaginale Trockenheit: ja nein

Zykluslänge: Tage

Hitzewallungen: ja nein

Vergesslichkeit: ja nein

Wurden schon mal Hormone eingenommen bzw. Nimmst Du aktuell Hormone ein?

nein ja, welche?:

Männer:

Prostata (Beschwerden, Operationen):

.....

Hodenentzündung:

Knochen / Gelenke:

Geschlechtskrankheiten/bekannte Infektionskrankheiten:

.....

Erbliche Belastung:

.....

Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Gicht, Schuppenflechte, etc.):

.....

.....

.....

.....



Kinderkrankheiten:

Impfungen:

Allergien / Unverträglichkeiten:

.....

.....

Schlafstörungen: nein ja Einschlafstörung Durchschlafstörung

Derzeitige Medikamente einschließlich sog. Nahrungsergänzungsmittel (bitte in aktueller

Dosierung eintragen):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bei Schmerzen bitte Schmerzverlauf oder Schmerzlokalisierung beschreiben: Sind die

Schmerzen veränderlich? ja, wie?:

.....

.....

Deine Kommentare:

.....

.....

.....

Bitte beachte, dass ich für Deinen Ersttermin 1 bis 1,5 Stunden für Dich reserviere.

Wenn Du den Termin absagen möchtest, verständige mich bitte bis zu 24 Stunden vorher,
sonst muss ich den Termin voll und privat in Rechnung stellen.

Ich freue mich auf Dich,

Alles Liebe,

Janna Raphaela