



Anamnese-Bogen

Damit Sie eine erfolgreiche Veränderung für Ihr Anliegen erfahren können, muss als erstes ein Ist-Zustand erfasst werden. Eine Art Inventur von Körper, Geist und Seele. Dazu zählen Informationen über Ihre Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familiengeschichte. Darüber hinaus soll dieser Anamnese-Bogen Hilfestellung geben, um den Anlass der Konsultation sowie ein Therapie/Coaching Ziel zu definieren.

KONTAKTDATEN:

Name:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Religion:

Welche religiöse Erziehung in der Kindheit:

Geb. am:

Alter in Jahren:

Geschlecht: weiblich männlich

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Krankenkasse:

Krankenkasse der **Zusatzversicherung:**

Bitte nennen Sie den Anlaß Ihres Besuchs:

Was ist das Ziel? Was möchten Sie erreichen?

Was erwarten Sie von der Behandlungsart und vom Therapeuten/Coach?



Bitte nennen Sie in Stichpunkten **drei** Situationen/Augenblicke in Ihrem Leben, bei denen Sie sich ausgesprochen glücklich, zufrieden, angenommen, beachtet, ausgelassen erlebt haben.

1.

2.

3.

Bitte nennen Sie in Stichpunkten, **drei** Ereignisse in Ihrem Leben, worüber sie sehr stolz sind. Etwas wo Sie Dinge/Aufgaben/Ereignisse erfolgreich gemeistert oder fertig gebracht haben. (z.B.: eine Prüfung, ein Sieg, eine neue Herausforderung, eine Aufgabe usw.)

1.

2.

3.



IHRE GEWOHNHEITEN?

Gewohnheiten und Ernährungsverhalten haben massiven Einfluß auf unser körperlichen und psychischen Zustand!

	Ja	Nein		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel am Tag:	Seit wann:
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Welchen:
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Welchen
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Welchen:
Essen Sie frisches Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Wieviel:
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Wieviel:
Essen Sie Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft:	Wieviel:
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stunden pro Nacht:	
Sonstiges?			_____	

RELEVANTE INFORMATIONEN ÜBER IHRE KRANKENGESCHICHTE:

	Ja	Nein	Welche?
Bestehende Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampferkrankungen (Epilepsie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diagnostizierte Depression/ Psychosen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche Medikamente nehmen Sie ein?			Arznei: _____ Seit wann? _____
Sonstige Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



BITTE GEBEN SIE EINIGE FÜR SIE BEDEUTENDE ECKDATEN ZU DEN FOLGENDEN ENTWICKLUNGSPHASEN.

Erwachsenenalter (Alter ab 20 - aufwärts)

Frühes Erwachsenenalter (Alter 19-29)

Jugend (Alter 12-18)

Schulalter (Alter 7-12)

Spielalter (Alter 3-6)

Frühe Kindheit (Alter 2-3)

Kleinkindphase (Alter 0-1)



Die physische Realität wird durch die Wahrnehmung erschaffen. Die Wahrnehmung besteht jedoch aus Wahrnehmungs-Filter, nämlich die Glaubenssätze bzw. Glaubensmuster.

Bitte bearbeiten sie die nächsten Fragen, um Ihre Glaubensmuster sichtbar zu machen.

1. Welche wiederkehrenden Gedanken haben Sie?

2. Welche typischen Formulierungen kennen Sie von sich?
(z.B.: Wenn dir etwas misslungen ist: "Das kann ja nur mir passieren"
oder "Das Leben ist hart" oder "Ohne Fleiß kein Preis")

3. Welche wiederkehrenden Gefühlszustände beobachten Sie bei sich? (Angst, Wut usw.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben das Ergebnis der Behandlung beeinflussen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten