

# Anamnesebogen

Sascha Benz  
Energetiker  
www.saschabenz.at  
mail@saschabenz.at



Liebe Klientin, lieber Klient,

die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes ist von großer Bedeutung für einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, um mögliche Verbindungen und Ursachen für ein Ungleichgewicht zu ergründen. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser kann ich mich auf Sie vorbereiten. Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Sie können mir den Fragebogen idealerweise auch gerne vor Ihrem Termin per E-Mail zusenden. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

1. Was sind Ihre **aktuellen** körperlichen oder psychischen **Beschwerden**? Weswegen kommen Sie zu mir? Gibt es schulmedizinische, naturheilkundliche und sonstige Untersuchungen/Diagnosen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Gab es potentielle **Auslöser** für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen etc.?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wie bewerten Sie aktuell Ihr **Allgemeinbefinden** und ihren **psychischen Zustand**?

						Anmerkungen
Allgemeinbefinden						
Psychischer Zustand						

4. Beschwerden Bewegungsapparat ? Ja  Nein  Wenn ja, bitte weitere Angaben.

Wirbelsäule verformt  Welche Art & Bereich: \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall  Welcher Wirbel(bereich): \_\_\_\_\_

Beckenschiefstand

Künstliche Gelenke  Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Sonstiges  \_\_\_\_\_

5. Zähne

Füllungen: Amalgam  Sonstige  \_\_\_\_\_

Zähne knirschen: Ja  Nein

Sonstige Problembereiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Ja  Nein

Falls ja, welche? (Bitte zum ersten Termin mitbringen.)

Medikamentenname	seit wann	bis wann	Anmerkungen

7. Rauchen Sie? Ja  Nein  Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

8. Trinken Sie Alkohol? Ja, regelmäßig  Ja, gelegentlich  Nein

9. Nehmen Sie Drogen? Ja, regelmäßig  Ja, gelegentlich  Nein

10. Welchen **Operationen** / **Unfälle** (Verletzungen) haben sich in Ihrem Leben ereignet?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Liegen **Allergien** liegen vor, wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

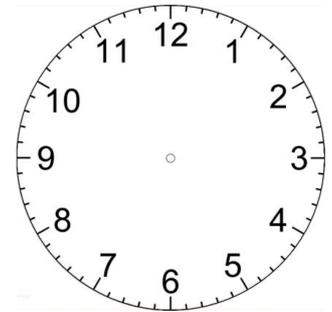
12. Wie viel Wasser oder Tee **trinken** Sie pro Tag ? Ca. \_\_\_\_ Liter

13. Trinken Sie **Kaffee**? Ja  Nein  Wenn **ja**, wie viele Tassen pro Tag? Ca. \_\_\_\_ Tasse(n)

14. Wie ist ihr **Schlaf**? (Ein-/Durchschlafen)

			Anmerkungen
Einschlafen			
Durchschlafen			
Schlafdauer			

Falls Schlafunterbrechung,  
dann um welche Uhrzeit?



15. Welches Thema / Welche Themen belasten Sie momentan am stärksten?

---

---

---

16. Welche Ereignisse/Erfahrungen waren in Ihrem Leben und in Ihrer Kindheit belastend?

---

---

---

17. Wie würden Sie Ihre **Kindheit** „bewerten“?

     Anmerkungen

---

18. Wie verlief Ihre Geburt ?

Ort		Art		Komplikationen	
Hausgeburt	<input type="checkbox"/>	Natürliche Geburt	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Geburt im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Haben Sie Impfungen erhalten? (Wenn ja, bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum ersten Termin mit.)

Nein  Ja  Wenn ja, welche und wann?

	MM . JJJJ		MM . JJJJ
Diphtherie	<input type="checkbox"/> _____	Influenza (echte Grippe)	<input type="checkbox"/> _____
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/> _____	FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	<input type="checkbox"/> _____
Masern/Mumps/Röteln	<input type="checkbox"/> _____	Humane Papillomviren (HPV)	<input type="checkbox"/> _____
Windpocken (Varizellen)	<input type="checkbox"/> _____	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> _____
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> _____	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> _____
Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/> _____	Corona 1. Impfung	<input type="checkbox"/> _____
Rotaviren	<input type="checkbox"/> _____	Corona weitere Impfungen	<input type="checkbox"/> _____
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Meningokokken	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Meningitis (HiB)	<input type="checkbox"/> _____	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> _____

20. Elektromog / Strahlenbelastungen / Störfelder

Nutzen Sie zuhause **WLAN**? Ja  Wenn ja, erfolgt nachts eine Abschaltung? Ja   
 Nein  Nein

Dinge an Ihrem **Schlafplatz**

Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	Radiowecker, strombetrieben	<input type="checkbox"/>
Fernseher	<input type="checkbox"/>	Nachttischlampe, strombetrieben	<input type="checkbox"/>
Computer / Spielekonsole	<input type="checkbox"/>	Spiegel	<input type="checkbox"/>

Leben Sie in einem Mehrfamilienhaus? Ja

Nein

Sind **Mobilfunk**-Sendeantennen in direkter Nähe? Ja

Nein

Sind **Starkstrom**leitungen in direkter Nähe? Ja

Nein

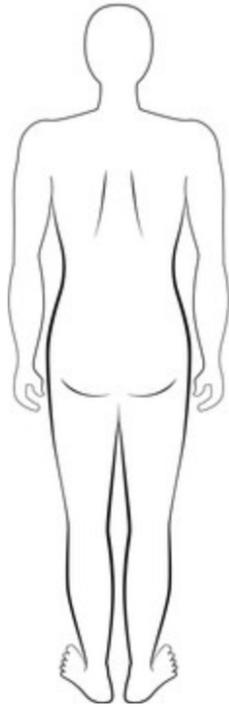
Fanden bereits **radiästhetische** oder sonstige baubiologische Ja

Untersuchungen statt? (z.B. Wasseradern, Schadstoffe) Nein

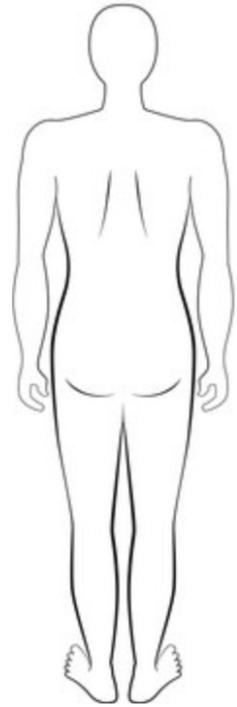
21. Lebensmittel / Ernährungsweise

Mischkost	<input type="checkbox"/>	Vegetarisch	<input type="checkbox"/>
Trennkost	<input type="checkbox"/>	Vegan	<input type="checkbox"/>
Flexitarisch	<input type="checkbox"/>	Rohkost-Vegan	<input type="checkbox"/>
Pescetarisch	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>

22. Bei vorhandenen Tattoos / Piercings bitte die Körperbereiche markieren



Tattoo(s)



Piercing(s)

Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_