

# 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 Gesundheitsstörungen 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!  
Sascha Benz

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

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 sind Ihr **Allgemeinbefinden** und ihr **psychischer Zustand**?

					
Allgemeinbefinden					

Psychischer Zustand					
---------------------	--	--	--	--	--

4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Welche **Medikamente** nehmen Sie aktuell ein? Gibt es Vermutungen auf Nebenwirkungen?

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

6. Welche **Drogen/Genussmittel** (z.B. Rauchen, Alkohol) nehmen Sie derzeit oder haben Sie eingenommen?

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

7. Welchen **Operationen** haben Sie sich bisher unterzogen? Welche **Unfälle** (Verletzungen) haben sich ereignet?

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

8. Welche **Allergien** liegen vor?

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

9. Wie viel **trinken** Sie pro Tag und was?

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

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

---

---

---

11. Welche Lebenssituationen oder Zustände belasten Sie momentan am stärksten?  
Was beschäftigt Sie gedanklich und emotional am meisten? Wovor haben Sie die größte Angst?  
Was macht Ihnen Stress?

---

---

---

---

---

12. Welche Ereignisse haben Sie im Zeitraum vor Feststellung der Erkrankung am stärksten belastet?

---

---

---

---

13. Welche Ereignisse/Erfahrungen waren in Ihrem Leben, in Ihrer Kindheit belastend?

---

---

---

---

Sonstiges

---

---

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