



ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Geburtstag: _____

Geschlecht: _____ Größe/Gewicht: _____

Geburt (Kaiserschnitt, Schwangerschaftsverlauf, gestillt?, Medikamente)

momentane
Beschwerden: _____
(Allergien, Unver-
träglichkeiten, OPs _____
spez. Physiologie) _____

Medikamente: _____
(Antibiotika, wie oft _____
letztes Mal) _____

Schlaf: _____

Körpergeruch: _____



Stuhlgang:

Konzentration,
Leistung:

Haut, Haare
Nägel, Krampf-
adern, Hämor-
rhoiden:

Nahrungs-
gewohnheiten
in Familie/Jugend

täglicher,
zeitlicher
Aufwand

verwendete
Kosmetik

Zustand Zähne
(Entzündungen?)
(Amalgam, etc?)

Wie oft in Stille/
Natur, ganz für
sich
