

# Anamnese-Bogen

**Ulrike Pöttsch • Heilpraktikerin**  
Olympische Straße 14, 14052 Berlin  
Tel. 030 120 74 380  
info@praxisbelladonna.de  
www.praxisbelladonna.de



## Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch in meiner Praxis drucken und füllen Sie bitte diesen Anamnesebogen aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich Sie gesundheitlich unterstützen. Punkte, die Ihnen unklar sind, können wir während des Termins gemeinsam besprechen.

**Name, Vorname:** ..... **Geb.-datum:** .....

**Straße:** ..... **PLZ, Ort:** .....

**Beruf:** ..... **E-Mail:** .....

**Tel. (privat):** ..... **Mobil:** .....

**Gesetzlich vers.:** ..... **Privat-, Zusatzvers.:** .....

**Größe:** ..... **Gewicht:** .....

### Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Überweisung durch: .....  auf Empfehlung von: .....

Praxishomepage: .....  Sonstiges: .....

### Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....  
.....

**Wie wurden Sie geboren?**     spontane Geburt     Kaiserschnitt     weiß nicht

**Wurden Sie gestillt?**     ja ..... Monate     nein     weiß nicht

**Beziehungssituation?**     allein lebend     geschieden     verheiratet  
    in fester Partnerschaft     sonstiges

**Kinder?**     ich habe ..... Kinder     keine Kinder  
    ich hatte ..... Fehlgeburten     unerfüllter Kinderwunsch

**Derzeitige berufliche Tätigkeit?** .....    **Wochenarbeitszeit:** ..... h

### Sind Sie aktuell in Behandlung?

Arzt     Heilpraktiker/in     Psychotherapeut/in     Physiotherapeut/in     Osteopath/in

Notieren Sie nun bitte **alle (!)** Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen, inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Medikament / Nahrungsergänzung	Tägliche Einnahme (Dosis)	bei Bedarf
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

noch nie      oder      auffällig waren schon mal folgende:

- Leberwerte       Nierenwerte       Blutzuckerwerte       Cholesterin
- Eisenmangel       Entzündungswerte       Schilddrüsenwerte       Sonstiges .....

**Antibiotika-Behandlungen**

(egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

in Ihren letzten 5 Lebensjahren insgesamt ..... mal

**Rauchgewohnheiten**

Ich bin Nichtraucher       immer schon       seit ..... Jahren

Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag / ich rauche anderes: .....

**Haben Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?**

nein       ja, ich habe ..... Amalgamfüllungen

**Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?**

nein       ja, ich hatte ..... Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?       nein       ja, ich habe .....

Überkronte Zähne?       nein       ja, ich habe .....

Wurzelgefüllte / tote Zähne?       nein       ja, ich habe .....

**Haben Sie die Corona-Impfung erhalten?**       nein       ja, insgesamt ..... mal

- Moderna       Biontech/Pfizer       Astrazeneca       Johnson & Johnson       Sonstige

## Bisherige Operationen

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

..... Jahr: .....

**Wie viel Liter Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag?** ca. .... Liter

## Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ca. .... mal pro Woche  
 regelmäßig  unregelmäßig

## Wie oft essen bzw. trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	1x täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joghurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brot / Brötchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müsli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nudeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwarztee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stilles Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprudelwasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruchtsäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coca Cola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßgetränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energydrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen und (seit) wann?**

- Chron. Darmerkrankungen                seit: .....
- Neurodermitis                                seit: .....
- Asthma                                          seit: .....
- Schuppenflechte                            seit: .....
- Heuschnupfen                                seit: .....
- andere Allergien                             seit: .....
- Sonstige .....                                seit: .....

**Bitte benoten Sie Beschwerden bzw. Symptome, die zutreffen mit 1(sehr leicht) bis 6 (sehr stark). Nicht zutreffende Beschwerden bitte frei lassen.**

	<b>Indikation Leiden Sie an:</b>	<b>Note 1-6 (Belastungsgrad)</b>
<b>Stuhlverhalten</b>		
1.1	Verstopfung?	
1.1.1	Verkrampfter, schwieriger Stuhlgang?	
1.1.2	Verstopfung besser, wenn Sie sich Zeit nehmen? <i>(Darmbehandlung)</i>	
1.1.3	Bei Bewegung und / oder Trinken Verstopfung besser?	
1.2.	Stuhlunregelmäßigkeiten	
1.2.1	Ist es fettiger Stuhl? (schwimmt auf)	
1.2.2	Ist es breiiger Stuhl?	
1.2.3	Stuhl riecht säuerlich?	
1.2.4	Darmprobleme allgemein? Stressbedingt? <i>(Darmflora verbessern)</i>	
1.2.5	Untere Rückenprobleme, die sich nach dem Stuhlgang bessern?	
1.2.6	Am Oberbauch rechts Druckgefühl? <i>(Darmtätigkeit verbessern durch Leberentgiftung)</i>	
1.3	Leiden Sie an stressbedingtem <b>Durchfall?</b>	
1.3.1	Durchfall akut?	
1.3.3	Durchfall alternierend mit Verstopfung?	
<b>Verdauung</b>		
2.1	Blähungen / Winde <i>(Blähungen sind schmerzhaft und bleiben im Darm, Winde gehen raus.)</i>	
2.1.1	Leiden Sie an stressbedingten Blähungen?	
2.1.1.1	Blähungen allgemein?	
2.1.2	Unspezifische Winde / Blähungen im unteren Bauchbereich? <i>(Stressbedingte schlechte Darmflora verbessern.)</i>	
2.1.3	Unspezifische Winde / Blähungen im oberen Bauchbereich? <i>(Dünndarmflora verbessern)</i>	
2.1.4	Gärungsdyspepsie (Symptomkomplex aus Völlegefühl, Übelkeit und Aufstoßen bis hin zu Blähungen und Durchfall)	
2.1.4.1	Gärungen im Bauch bei Süßigkeiten? Bedarf nach Süßem? Winde riechen nach faulem Obst? <i>(Kohlenhydratstoffwechsel)</i>	
2.1.5	Winde riechen nach faulen Eiern? <i>(Eiweißstoffwechselstörungen)</i>	
2.1.6	Druck im Oberbauch? Luft im Oberbauch? <i>(Roemheld)</i>	
2.1.7	Ist der Stuhl schmierig? (viel Toilettenpapier)	
2.2	Leiden Sie an allgemeinen Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten?	

2.2.1	Zucker-/ Obst-Unverträglichkeit oder Süßigkeitsbedarf?	
2.2.2	Gefühl von Überforderung von Magen-Darm? ( <i>Pankreasstörung stressbedingt</i> )	
2.2.2.1	Ernähren Sie sich eher ungesund? (Öfters Kantine, Fastfood, Fertiggerichte, Softdrinks) ( <i>Pankreatitis, chronische</i> )	
2.2.3	Vertragen Sie fettiges Essen und Öle nicht so gut?	
2.2.4	Vertragen Sie tierische Eiweißprodukte schlecht? Sind Milchprodukt- oder Ei-Unverträglichkeiten bekannt?	
2.2.5	Haben Sie ein ungutes Gefühl im Oberbauch? ( <i>Histamin-Abbau</i> )	
2.4	Undefinierbarer Bauchdruck bzw. Bauchkrämpfe?	
2.5.6	Haben oder hatten Sie jemals Magen- oder Darmgeschwüre?	
2.7	Haben oder hatten Sie jemals Hämorrhoiden?	
2.7.2	Hatten Sie jemals eine Lebensmittelvergiftung? ( <i>Lebervergiftung durch Rückstau</i> )	
<b>Appetit</b>		
3.1	Haben Sie allgemeine Magenbeschwerden?	
3.1.3	Magenbeschwerden mit Luft und Oberbauchdruck nach dem Essen?	
3.1.4.1	Magenbeschwerden mit Luft und Oberbauchdruck nach dem Essen stressbedingt?	
3.1.6	Magenreizung mit Sodbrennen?	
3.1.7	Magenbeschwerden bei Stress, Nervosität, Hunger? ( <i>Magenneurose</i> )	
3.2	Magenübersäuerung / Brechreiz / Aufstoßen / Sodbrennen?	
3.2.6	Aufstoßen sauer allgemein?	
3.2.7	Magenschmerzen mit Brennen?	
3.2.8	Wurde jemals bei Ihnen eine Helicobacter-Belastung festgestellt?	
3.2.11	Sodbrennen bei Stress?	
3.3.1	Langes Verweilen der Nahrung im Magen, Kloßgefühl im Magen?	
3.4	Leiden Sie an Appetitlosigkeit?	
3.4.1	Appetitlosigkeit stressbedingt?	
3.4.2	Appetitlosigkeit mit kaltem Bauchgefühl?	
<b>Allergien</b>		
4.1	Leiden Sie allgemein an Allergien?	
4.2	Leiden Sie an Heuschnupfen?	
4.3	Allergien auf tierische Eiweiße (Milchprodukte, Eier, Fleisch) bekannt?	
4.3.3	Allergien auf Antibiotika, Penicillin, Medikamente?	
4.3.4	Allergien auf Konservierungsmittel?	
<b>Durst / Niere / Blase</b>		
5.1	Haben Sie <b>fehlendes</b> Durstgefühl?	
5.2	Öfters Blasenreizungen und kalte Füße?	
5.2.1.1	Blasenreizungen und dicke Beine, Sockenabdruck am Abend?	
5.2.2	Müssen Sie oft dringend Wasser lassen?	
5.3	Blaseninfekte nach Geschlechtsverkehr? Aktuell ein Blaseninfekt?	
5.5	Störungen beim Wasserlassen, auch stressbedingt?	
5.6	Müssen Sie nachts oft Wasserlassen?	
5.7	Schwierigkeiten, Wasser zu halten seit dem Gebären?	
5.8	Bettnässen bei Kindern	
5.10	Brennen beim Wasserlassen?	
5.11	Hatten Sie jemals Nierenprobleme?	
5.12	Haben Sie gerade akute Nierenprobleme?	
<b>Schlaf</b>		
6.1	Haben Sie Einschlafstörungen?	
6.2	Wachen Sie nachts regelmäßig auf?	

6.2.1-6.2.6	Wenn ja, um welche Uhrzeit ungefähr?	
<b>Bewegung / Atmung</b>		
	Man sollte sich täglich bis zum angenehmen Schweißausbruch bewegen.	
7.1	Wie schlimm schätzen Sie Ihren Bewegungsmangel ein, falls vorhanden?	
7.1.1	Leiden Sie an Atembeschwerden zusammen mit Herzbeschwerden?	
7.1.3	Atmen Sie sehr flach?	
7.1.4	Atmen Sie schwer und flach bei Stress?	
7.2.1	Sind Sie kurzatmig? (beim Treppensteigen)	
7.3	Leiden Sie periodisch an Atemnot?	
7.4	Schweres Atmen mit niedrigem Blutdruck?	
7.6	Sind Ihre Bronchien verschleimt?	
7.7	Husten?	
7.7.1	Husten mit viel Schleim?	
7.7.2	Oft Hustenreiz?	
7.7.4	Gerade akuter Husten?	
7.8	Leiden Sie an chronischer Bronchitis?	
7.9	Haben Sie einen klebrig weißen Auswurf?	
7.10	Haben Sie eine akute Lungenentzündung?	
7.11	Leiden Sie an Asthma?	
<b>Haut</b>		
8.1	Haben Sie trockene Haut?	
8.2	Ist Ihre Haut leicht gereizt? (öfters Ausschläge, riecht säuerlich)	
8.3	Leiden Sie gelegentlich an Ekzemen, Furunkeln?	
8.3.4	Haben Sie fettige Haut?	
8.5	Leiden Sie an Bindegewebsschwäche?	
8.5.3	Bindegewebsschwäche mit Besenreisern?	
8.5.4	Wassereinlagerungen im Gewebe?	
<b>Narben</b>		
9.1 – 9.3	Haben Sie Narben? (Verletzungen, Verbrennungen, Schnitte) Wieviele?	
9.4	Leiden Sie an Hartspann? (Verhärtungen im Muskelgewebe, Nacken, Rücken)	
<b>Bewegungsapparat</b>		
10.1	Leiden Sie an allgemeinen Gelenkschmerzen?	
10.1.1	Leistenschmerzen?	
10.1.2	Nackenschmerzen?	
10.1.2.1	Nackenschmerzen einseitig?	
10.1.3	Schmerzen in den Flanken?	
10.1.4	Schmerzen in den oberen Extremitäten?	
10.1.5	Schmerzen im Rippenbereich?	
10.1.6	Schmerzen im Schulterblatt?	
10.2	Krampfartige Schmerzen?	
10.3	Muskelschmerzen?	
10.4	Rheumatische Schmerzen in den Weichteilen, Schmerzen kommen u. gehen?	
10.6	Wadenkrämpfe?	
10.7	Allgemeine Wirbelsäulenschmerzen	
10.7.3	Wirbelsäulenschmerzen eines Abschnittes?	
10.7.4	Bandscheibenabnutzung mit Schmerzen?	
10.8	Fühlt sich Ihr Nacken blockiert an?	
10.9	Fühlt sich Ihr Steißbein/Kreuzbein blockiert an?	
10.10	Haben Sie Hüftbeschwerden / Hüftarthrose?	
10.11	Fuß- oder Kniebeschwerden?	
10.11.1.1	Fußgelenkprobleme chronisch?	
10.11.1.3	Beschwerden im Kniegelenk?	

10.12	Beschwerden im Ellbogengelenk?	
10.13	Schultergelenkschmerzen?	
10.14	Handgelenkschmerzen, Karpaltunnelsyndrom?	
10.14.4	Sehnenscheiden-Entzündung am Handgelenk?	
10.15	Kiefergelenkprobleme, Kauprobleme?	
10.17	Dupuytren-Kontraktur? (v.a. Ring- oder Kleinfinger können nicht mehr gestreckt werden)	
<b>Abwehr / Immunsystem</b>		
11.1	Sind Sie oft erkältet, haben Schnupfen? ( <i>Abwehrsteigerung</i> )	
11.2.5	Ist eine Autoimmuntendenz bekannt?	
11.3	Haben Sie öfters Grippe?	
11.4	Haben Sie öfters Fieber?	
11.4.1.1	Haben Sie eine fiebrige Entzündung mit Beteiligung des Halsbereichs?	
11.5.3	Mandelentzündung?	
11.5.4	Haben Sie Schluckbeschwerden?	
11.6	Nasennebenhöhlenprobleme mit Schnupfen?	
11.7	Haben Sie eine Nebenhöhlenentzündung?	
11.8	Ist Ihre Nase verstopft?	
11.9	Leiden Sie an Geruchsverlust?	
<b>Ohren / Gehör</b>		
11.10	Gehör-/Ohrenprobleme allgemein?	
11.10.1.1	Haben Sie Ohrenschmerzen?	
11.10.2	Chronische Ohrenentzündung?	
11.11	Leiden Sie an Schwerhörigkeit?	
11.11.1	Hatten Sie einen Hörsturz?	
11.11.3	Leiden Sie an Taubheit/Schwerhörigkeit/ Gehörstörungen?	
11.11.6	Leiden Sie an Tinnitus?	
<b>Zähne</b>		
12.1	Leiden Sie an diffusen Zahnschmerzen?	
12.2	Tiefe Zahnprobleme / Zahnherde?	
12.3	Leiden Sie an Zahnschmerzen?	
12.4	Haben Sie Zahnlockerungen?	
12.5	Haben Sie Parodontose?	
12.6	Haben Sie Zahnfleischerkrankungen?	
<b>Lymph</b>		
13.1	Leiden Sie an Lymphstauungen? ( <i>Lymphaktivierung</i> )	
13.1.2	Haben Sie häufiger Seitenstechen?	
13.1.4	Leiden Sie an Lymphödemen?	
13.1.6	Extrem geschwollene Beine? / Elephantiasis	
<b>Nervensystem</b>		
14.1	Leiden Sie an ziehenden Nervenschmerzen?	
15.1	Kopfschmerzen?	
15.1.2	Nacken-Kopfschmerzen?	
15.1.3	Kopfdruck in der Mitte des Kopfes?	
15.1.4	Kopfdruck im Stirnbereich?	
15.1.5	Kopfdruck gesamt und Schädelbereich?	
15.1.7	Hinterkopfschmerzen?	
15.1.8	Kopfschmerzen linksseitig und Scheitelbereich?	
<b>Psyche / Vitalität</b>		
16.1	Haben Sie häufig Aggressionen?	
16.1.2	Sind Sie oft gestresst? ( <i>Adrenalinausschüttung regulieren</i> )	
16.2	Erfahren Sie Beklemmungsgefühle?	

16.3	Leiden Sie an Müdigkeit?	
16.3.2	großer Müdigkeit?	
16.4	Kraftlosigkeit?	
16.5	depressiver Verstimmung/ Sorgen/ Grübeln?	
16.5.3	depressiver Verstimmung nach Ärger?	
16.5.4	depressiver Verstimmung nach Herzkummer?	
16.6	Fühlen Sie sich häufig emotional blockiert?	
16.7	Haben Sie den Eindruck von Energiemangel mit zu wenig Sauerstoff?	
16.8	Fühlen Sie sich ausgepowert? / Vitalitätsmangel	
16.8.1	Fehlt es Ihnen an Kraft und Lebensfreude?	
16.9	Neigen Sie leicht zu Frösteln und Frieren?	
<b>Herz / Kreislauf / Gefäße</b>		
17.1	Ist Ihr Blutdruck erhöht?	
17.2	Ist ihr Blutdruck zu niedrig? ( <i>Kreislauf tonisieren</i> )	
17.2.1	Kreislaufschwäche, Unterstützung, Schwindel?	
17.2.3.1	Blutdruckschwankungen? (Schwankungen)?	
17.3	Kreislauf unterstützen (tonisieren)	
17.5.2	Herzsensationen bei Stress? ( <i>Herztätigkeit verbessern</i> )	
17.5.2.1	Brennen in den Beinen?	
17.5.3	Herzrasen? (Tachykardie)	
17.6	Brustbeklemmung?	
17.7	Angina Pectoris?	
17.8	Herzschmerzen?	
17.8.2	Herzschmerzen bei Sauerstoffmangel?	
17.8.3	Herzschmerzen bei emotionalem Stress?	
17.8.6	Herzprobleme durch Luft im Magen? ( <i>Meteorismus, Roemheld</i> )	
17.10	Venenschwäche? (durch Pfortaderstau)	
17.10.3	Venenschwäche, Venenerweiterung durch Erschlaffen der Gefäßwände ( <i>Verbesserung der Atemkraft</i> )	
17.10.4	Krampfadern? ( <i>Stärkung der Herzvitalität</i> )	
17.11	Venenentzündung? (Phlebitis) durch Pfortaderstau	
17.11.1	Venenentzündung (Phlebitis) schmerzhaft?	
<b>Suchtbehandlung</b>		
18.1	Rauchen Sie? ( <i>Suchtbehandlung 1</i> )	
18.2	Alkohol täglich? ( <i>Suchtbehandlung 2</i> )	
18.3	Andere Süchte? ( <i>Suchtbehandlung 3</i> )	
<b>Hormone</b>		
19.3	Schilddrüsenregulation (auch Kropf/Struma)	
19.3.1	Kropf? Struma? (Schilddrüsenregulation auch Kropf/Struma)	
19.3.3	Schilddrüsen-Probleme allgemein?	
19.3.4	Schilddrüsenüberfunktion?	
19.3.5	Schilddrüsenunterfunktion, -erschöpfung?	
19.3.6	Thyreoiditis (Schilddrüsenentzündung)?	
19.3.7	Würgegefühl? (Schilddrüse)	
19.4	Genitalbereich schmerzhaft?	
19.5	Menstruationsbeschwerden mit Krämpfen	
19.5.1	Menstruation stark?	
19.5.1.5	Menstruation, nicht stillbar?	
19.5.2	Menstruation, ausbleibend?	
19.5.4	Menstruationsschmerzen?	
19.5.6	Scheidenausfluss (Leukorrhoe) ( <i>optional Scheidenabstrich in 1. Becher</i> )	
19.5.7	Wechseljahrbeschwerden?	



19.5.8	Schwangerschaftsübelkeit?	
19.6	Potenzschwierigkeiten?	
19.6.3	Impotenz?	
19.6.4	Samenverlust?	
<b>Augen</b>		
20.1	Augenüberanstrengung?	
20.1.1	Kurz und Weitsichtigkeit?	
20.1.2	Tränenfluss?	
20.2	Augenerkrankungen? (Schleier vor den Augen, Nachtblindheit, Bindehautentzündung, Myopie?)	
20.3	Augenschmerzen, Rötung, entzündlich?	
20.3.3	Bindehautentzündung stressbedingt?	
20.4	Augenschmerz? (auch Schleierbildung im Auge)	
20.6	Augeninnendruck erhöht? ( <i>Leberstau</i> )	
20.6.1	Druck auf den Augen ( <i>Abflussstörung</i> )	
20.7	Sehstörungen? (Schwindel)	
20.9	Grauer Star (Katarakt) Frühstadium?	
20.10	Hornhaut Dystrophie / Degeneration?	
20.11	Nachtblindheit?	
20.12	Farbenblindheit?	
<b>Blockaden</b>		
21.7.1	Nehmen Sie chemische Medikamente / Opiate? ( <i>Blockade durch Allopathika / Opiate</i> )	
21.7.3	Hatten Sie Operationen? ( <i>Blockade durch Narkosemittel</i> )	
<b>Cellulite</b>		
22.1-22.1.8	Haben Sie Cellulite?	

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

.....

.....

**Welche Ziele möchten Sie erreichen?**

.....

.....

.....

**Möchten Sie über besondere Aktionen / Angebote der PRAXIS BELLADONNA informiert werden?**       ja                       nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**