

Ganzheitlicher Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR ihrem Erstberatungsgespräch bei mir aus und senden Sie mir diesen, zusammen mit möglichen Labor- oder Arztberichten, min. 7 Tage vorher zu.

Ich möchte eine

- Ganzheitliche Beratung
- Ernährungsberatung
- Resonanzanalyseverfahren
- Mikronährstoffberatung
- FaceVital-Balance Energie-Meridian-Massage

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

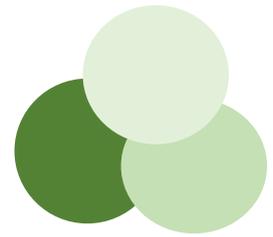
Lebenssituation:

- Allein lebend / geschieden / verheiratet / in fester Partnerschaft / Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Wochenarbeitszeit: _____

Größe: _____ Gewicht: _____



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren:

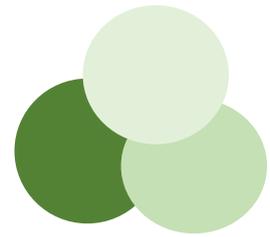
- Mein Gewicht kaum verändert
- _____ kg abgenommen
- _____ kg zugenommen

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Familienanamnese:

Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister)

z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Neurodermitis, Allergie,
Asthma, Depression, Nervenleiden, sonstige.....



Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und seit wann?

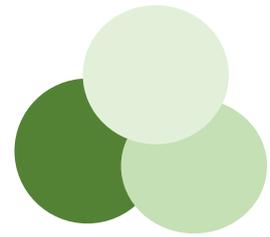
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt / koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Darmerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Rheuma
- Hörsturz / Tinnitus
- Depression / Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne....)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD,)
- Allergien / Heuschnupfen
- Sonstiges

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule? (wann, was?):

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B. erhöhte Leberwerte, Nierenwerte, Blutzucker, Eisenmangel, Schilddrüsenwerte, Vit D....)

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

- Auswurf / Schleim im Hals oder Rachen
- Verstopfte Nase / Nasenlaufen
- Luftnot bei Anstrengung
- Luftnot in körperlicher Ruhe



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

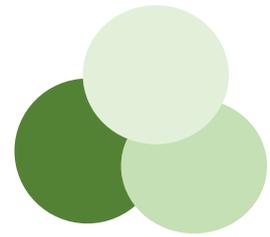
- Engegefühl / Beklemmung in der Brust
- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Nächtliche Atemauffälligkeiten, Schnarchen, Atempausen
- Zähneknirschen
- Morgendliche Unausgeschlafenheit, Müdigkeit am Tag
- Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Schwindel
- Heißhungerattacken
- Appetitlosigkeit
- Mundgeruch
- Schmerzen (wo genau: _____)
- Muskel- und Wadenkrämpfe
- Muskelschwäche
- Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit
- Traurigkeit / Depressivität
- Ängste
- Vermehrtes Schwitzen
- Kopfschmerzen
- Haarausfall
- Hautprobleme
- Gehäuftes Wasser lassen
- Augentrockenheit
- Wassereinlagerungen
- Infektanfälligkeit
- Blasenentzündungen, pro Jahr: _____
- Antibiotikabehandlungen: _____

Verdauungsgewohnheiten- und Beschwerden:

Wie oft haben sie Stuhlgang? _____ pro Tag. Wenn nicht täglich: _____ mal pro Woche.

Konsistenz des Stuhls überwiegend: wohlgeformt / fest / breiig

- Bauchschmerzen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Erbrechen
- Sodbrennen
- Vermehrtes Aufstoßen



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Notieren Sie bitte nun noch alle (!!!) Medikamente UND Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell nehmen, inkl. Verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikationen (z.B. Schmerz-, Allergie-, Schlaftabletten etc.)

Medikament/ NEM	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b.Bedarf

- Rauchen: _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren
- Alkohol: _____ /Woche

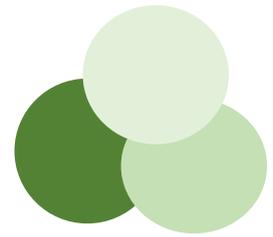
Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja, was /wie häufig?)

Ernährung:

Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform? (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?

- Ja
- Nein

Wenn ja, seit wann?



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Neigen Sie zu emotionalem Essen? Ja / Nein

Neigen Sie zu Essanfällen? Ja / Nein

Wenn ja, in welcher Situation? _____

Essen Sie generell Regelmäßig / Unregelmäßig / Viele Zwischenmahlzeiten

Kochen Sie selbst? Nie / Gelegentlich / Häufig

Essen Sie außer Haus? Nie / Gelegentlich / Häufig

Wo gehen Sie primär einkaufen?

Was ist Ihr Lieblingsessen?

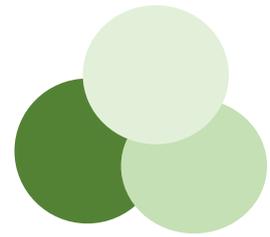
Bei Übergewicht:

Niedrigstes Gewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Höchstes Gewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Wunschgewicht: _____ (Zeitpunkt: _____)

Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge:



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

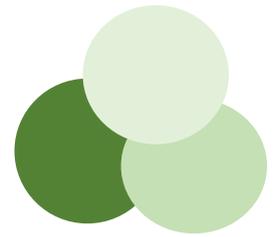
Wie oft essen / trinken Sie ca. folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	Ab und zu	Mehrfach/ Woche	1 x tgl	Mehrfach tgl.
Milch					
Quark/Yoghurt					
Käse					
Eier					
Brot/Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuche/Kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?

_____ Liter

Streckewalder Str. 5
09456 Mildenaу
E-Mail: kontakt@cornelia-rank.de
www.cornelia-rank.de



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Mentale Anamnese:

Gibt es mentale Traumata, Schicksalsschläge, Lebenskrisen, die Sie in Ihrem Leben zu bewältigen hatten?

Wie glücklich und erfüllt fühlen Sie sich in Ihrem Leben insgesamt? (Markieren Sie)

0-----10

Wie erfüllt sind Ihre sozialen Kontakte?

0-----10

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Arbeit?

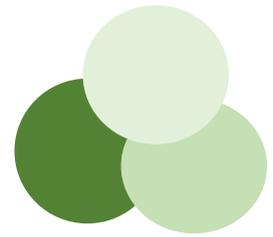
0-----10

Wie gut können Sie mit aufkommenden schwierigen Gefühlen umgehen?

0-----10

Wie gestresst fühlen Sie sich in ihrem Leben?

0-----10



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Was sind Ihre größten Stressfaktoren?

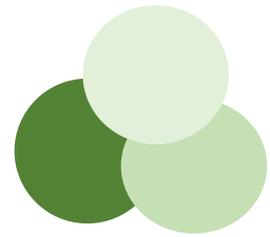
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Körper?

0-----10

Sind Sie freundlich mit sich selbst?

0-----10

Was erhoffen Sie sich von unserer Beratung?



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Haftungsklausel / Disclaimer

Der vermittelten Inhalte durch Cornelia Rank dienen **ausschließlich der Information und Aufklärung**.

Die Wissensvermittlung ist als **Orientierungshilfe** im Sinne von „**Was kann der Einzelne für seine Gesundheit tun?**“ oder „**Wie kann ich mein Immunsystem stärken?**“ gedacht. Die Aussagen sind teilweise zusammengefasst und können missverstanden werden. Erkenntnis ist Stückwerk. **Der Empfänger einer Beratung muss in seiner eigenen Verantwortung alles sorgfältig prüfen und überlegen, wie er mit den erhaltenen Informationen umgehen will.**

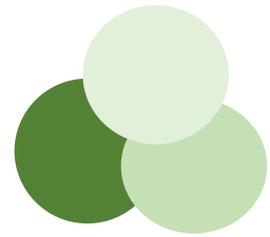
Die Informationen wurden von Cornelia Rank nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Bezüglich Gesundheit gibt es sehr verschiedene Ansichten und Meinungen. Es ist deshalb zentral, dass Sie nur nach Ihrer persönlichen Überzeugung handeln.

Ich bin weder Arzt noch Heilpraktiker! Ich erstelle keine Diagnosen und verschreibe keine Therapien. Meine Dienstleistungen ersetzen weder die professionelle ärztliche Diagnose, noch dessen Therapieanweisungen oder diejenigen von medizinisch geschultem Fachpersonal und ausgewiesenen Therapeuten. Wenden Sie sich an Ihren Vertrauensarzt, bevor Sie eigenständig Behandlungen beginnen, Zusätze einnehmen oder Medikamente absetzen.

Ich verwende hier, für eine einfachere Lesbarkeit, eine einheitliche Ansprache, wobei sich bitte alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlen.

Eine Haftung durch Cornelia Rank, meine Familie und meinen Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Ich habe diese Haftungsklausel (Disclaimer) gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mir bei der Gesundheitsberatung NatürlichGesund nur Orientierungshilfe und Wissen hole, damit ich eigenverantwortlich und dort wo notwendig in Zusammenarbeit mit Ärzten für meine Gesundheit und mein Wohlergehen sorgen kann.



Ganzheitliche Gesundheitsberaterin,
Ernährungsberaterin, Phytotherapeutin,
Systeme in Balance, Meridian-Massage

Kosten:

Mir ist bekannt, dass die Kosten der Beratung weder von der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung übernommen werden.

Die Abrechnung richtet sich nach der Dauer der Beratung.

Der derzeitige Stundensatz für eine ganzheitliche Beratung beträgt 65 €.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Gesundheitsberatung NatürlichGesund Cornelia Rank zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Mail an die Gesundheitsberatung widerrufen kann (Art.7Abs.3DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum, Ort _____

Name / Vorname _____

Unterschrift _____