

Body · Soul · Mind

Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen · Naturheilkunde & Epigenetik

Du kannst diesen Fragebogen handschriftlich ausfüllen. Drucke ihn aus, nimm dir Zeit und scanne ihn anschließend oder fotografiere jede Seite bei gutem Licht. Sende alles an info@anahealings.com. Fragen, die nicht zutreffen oder die du nicht beantworten möchtest, kannst du frei lassen.

Leistung

☐ Naturheilkunde

☐ Epigenetik

1 · Über dich

Vollständiger Name	Geburtsdatum
Heutiges Datum	E-Mail
Telefon / WhatsApp	Zahlungsreferenz (optional)

Allgemeiner Gesundheitszustand ☐ Excellent/Excelente/Sehr gut ☐ Good/Buena/Gut ☐ Fair/Regular/Mittel ☐ Poor/Baja/Schlecht

Hauptgrund für deinen Termin

Wenn du einen Zauberstab hättest und drei Dinge an dir oder deinem Leben ändern könntest - welche wären es?

Was möchtest du am liebsten optimieren oder besser verstehen?

2 · Gesundheitsgeschichte

Medizinische Vorgeschichte - Zutreffendes ankreuzen

☐	Unfälle / Frakturen / schwere Verletzung
☐	Allergien / Asthma / Ekzem / Heuschnupfen
☐	Anämie / Blutungsprobleme
☐	Lungenprobleme / Lungenentzündung / Emphysem
☐	Herzprobleme / Bluthochdruck
☐	Diabetes / Schilddrüse / Drüsen
☐	Magen-Darm-Probleme / Geschwüre / Durchfall
☐	Hohes Cholesterin
☐	Krebs
☐	Leber / Niere
☐	Rückenschmerzen / Kopfschmerzen / andere Schmerzen
☐	Hauterkrankung
☐	Tuberkulose
☐	Sexuell übertragbare Infektionen
☐	Depression / Angst / andere emotionale Beschwerden
☐	Neurologische Probleme / Krampfanfälle / MS / eingeklemmter Nerv

Daten, Details oder weitere relevante Vorgeschichte

Frühere Operationen (ungefähres Datum und Eingriff)

Medikamenten-/Lebensmittelallergien oder Unverträglichkeiten und Reaktion

Aktuelle Medikamente, Vitamine und Nahrungsergänzungen (Name, Dosis, Häufigkeit, Grund)

3 · Familie, Lebensstil & Ernährung

Bist du adoptiert?	Geburtsort
Wo bist du aufgewachsen?	Aktueller Beziehungsstatus
Hast du Kinder? Wie viele?	Händigkeit
Ausbildung / Schulabschluss	Beruf
Fühlst du dich bei der Arbeit gestresst?	

Relevante Familienanamnese (wer und welche Erkrankung)

Bewegung: Art, Häufigkeit und Dauer

Gibt es eine spirituelle Praxis oder ein Glaubenssystem, das dir wichtig ist?

Ernährung & Gewohnheiten

Fast Food pro Woche	
Milchprodukte pro Woche	
Fleisch/Fisch pro Woche	
Getreide/Brot/Reis/Nudeln pro Woche	
Isst du Bio?	
Koffein pro Tag	
Sportgetränke / Saft / aromatisiertes Wasser pro Tag	

Portionen Obst und Gemüse pro Tag	
Süßigkeiten pro Woche	

Unterstützung & Lebenskontext

WICHTIG: Wenn du dich in unmittelbarer Gefahr befindest, Gedanken hast, dir etwas anzutun, starke Brustschmerzen, schwere Atemnot, starke Blutungen oder einen anderen Notfall hast, suche sofort medizinische Hilfe oder rufe den örtlichen Notdienst.

	Yes / Sí / Ja	No
Ist Stress ein Problem in deinem Leben?	☐	☐
Pflegst du derzeit ein älteres oder behindertes Familienmitglied?	☐	☐
Hast du große Sorgen wegen deiner Kinder oder der Beziehung zu ihnen?	☐	☐
Hast du Angst vor deinem eigenen Temperament oder dem eines Familienmitglieds?	☐	☐
Fühlst du dich manchmal außer Kontrolle?	☐	☐
Hast du manchmal das Gefühl, nichts wert zu sein oder nichts richtig zu machen?	☐	☐
Hast du jemals an Suizid oder Selbstverletzung gedacht?	☐	☐
Lebst du mit jemandem mit schweren gesundheitlichen oder emotionalen Problemen?	☐	☐
Gibt es Gewalt in deiner Familiengeschichte?	☐	☐
Hat dich jemand Nahestehendes körperlich geschlagen oder verletzt?	☐	☐
Fühlst du dich in deiner aktuellen Beziehung unsicher?	☐	☐
Lässt dich ein früherer Partner derzeit unsicher fühlen?	☐	☐

Wie gehst du mit Konflikten in deiner Familie um?

Wer gibt dir emotionale Unterstützung?

Andere Gesundheitsfachpersonen, die dich regelmäßig betreuen

Aktuelle Untersuchungen und Daten: Labor, MRT, CT, EKG, EEG, Röntgen, Ultraschall, Koloskopie...

4 · Körperliche Symptome (letzte 3 Monate)

Symptomübersicht - Ja oder Nein ankreuzen

	Yes / Sí / Ja	No
Ein- oder Durchschlafprobleme	☐	☐
Nervosität / häufig krank	☐	☐
Kopfschmerzen / Schwindel / Ohnmacht / Koordination / Krampfanfälle	☐	☐
Schwäche / Taubheit / Lähmung	☐	☐
Hautveränderungen / Juckreiz / Blutungen / Haarausfall / Muttermale	☐	☐
Doppel-/verschwommenes Sehen / Augenschmerzen / Glaukom	☐	☐
Laufende Nase / Nasenbluten / Polypen / Niesen	☐	☐
Wunde Stellen im Mund / Hörminderung / Ohrgeräusche / Infektion	☐	☐
Appetitverlust / Schluckbeschwerden / Magenschmerz / Sodbrennen	☐	☐
Geschwüre / Erbrechen / Blut / Galle / Hepatitis / Gelbsucht	☐	☐
Verstopfung / Durchfall / Blut im Stuhl / Hämorrhoiden / Hernien	☐	☐
Asthma / Bronchitis / COPD / Emphysem / Husten / Atemnot	☐	☐
Brustschmerz / Herzklopfen / Rhythmusstörung / geschwollene Knöchel	☐	☐
Gelenkschmerz / Krämpfe / Arthritis / Gicht	☐	☐
Schmerz beim Wasserlassen / Blut / Infektionen / Steine / Kontrollverlust	☐	☐
Prostatabeschwerden	☐	☐
Brustschmerz oder Knoten / Sekret	☐	☐
Schmierblutung / Hitzewallungen / Trockenheit / ungewöhnlicher Ausfluss	☐	☐

Häufigkeit Wasserlassen (Tag / Nacht) und Beobachtungen

Menstruation / Menopause / Zyklus / Schwangerschaft (falls zutreffend)

Höchstgewicht, Gewicht vor einem Jahr, aktuelles Gewicht und jüngste Veränderungen

5 · Emotionales Wohlbefinden & Schlaf

WICHTIG: Wenn du dich in unmittelbarer Gefahr befindest, Gedanken hast, dir etwas anzutun, starke Brustschmerzen, schwere Atemnot, starke Blutungen oder einen anderen Notfall hast, suche sofort medizinische Hilfe oder rufe den örtlichen Notdienst.

Während der letzten Woche 0-4 bewerten

0 = keine · 1 = leicht · 2 = mittel · 3 = deutlich · 4 = schwer

	0	1	2	3	4
Sehr gedrückte Stimmung trotz guter Nachrichten	☐	☐	☐	☐	☐
Geringes Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen	☐	☐	☐	☐	☐
Schuldgefühl / eine Belastung sein	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafprobleme	☐	☐	☐	☐	☐
1-2 Stunden zu früh aufwachen	☐	☐	☐	☐	☐
Tagsüber schläfrig	☐	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit / wenig Energie	☐	☐	☐	☐	☐
Verminderter oder gesteigerter Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
Gewichtszunahme	☐	☐	☐	☐	☐
Verringertes oder gesteigertes sexuelles Interesse	☐	☐	☐	☐	☐
Weniger Interesse / Beteiligung / Freude an Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
Unruhe / nicht entspannen können	☐	☐	☐	☐	☐
Rasende Gedanken	☐	☐	☐	☐	☐
Morgens schlechtere Stimmung	☐	☐	☐	☐	☐
Gedanken an Tod / Gleichgültigkeit gegenüber dem Leben	☐	☐	☐	☐	☐
Wunsch, mich zu verletzen oder zu bestrafen	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Angstsymptome	☐	☐	☐	☐	☐
Starke Angst und Vermeidung	☐	☐	☐	☐	☐
Plötzliches Gefühl, dass etwas Schreckliches geschieht	☐	☐	☐	☐	☐
Stimmen hören / Dinge sehen, die nicht da sind	☐	☐	☐	☐	☐
Starkes Misstrauen	☐	☐	☐	☐	☐
Wiederkehrende Gedanken, die ich nicht stoppen kann	☐	☐	☐	☐	☐
Zwang, Handlungen zu wiederholen	☐	☐	☐	☐	☐
Außerhalb des Körpers / Unwirklichkeitsgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
Sorge um körperliche Gesundheit	☐	☐	☐	☐	☐
Gefühl, von anderen abgelehnt zu werden	☐	☐	☐	☐	☐

Übliche Schläfrigkeit - 0-3 bewerten

0 = nie · 1 = geringe Chance · 2 = mittlere · 3 = hohe Chance

	0	1	2	3
Sitzend lesen	☐	☐	☐	☐
Fernsehen	☐	☐	☐	☐
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen	☐	☐	☐	☐
Eine Stunde als Beifahrer ohne Pause	☐	☐	☐	☐
Nachmittags hinlegen und ausruhen	☐	☐	☐	☐
Sitzen und mit jemandem sprechen	☐	☐	☐	☐
Nach dem Mittagessen ohne Alkohol ruhig sitzen	☐	☐	☐	☐
Im Auto, während es einige Minuten im Verkehr steht	☐	☐	☐	☐

6 · Laborwerte, Berichte & Versand

Hast du Laborwerte oder Berichte, die du beifügen möchtest? Beschreibe, was du anhängst oder per E-Mail sendest.

Abschließende Notizen / weitere Informationen

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen korrekt sind, und erlaube AnaHealings, sie zur Vorbereitung meiner Begleitung zu verwenden. Mir ist bewusst, dass dieser Fragebogen keine Diagnose oder medizinische Notfallversorgung ersetzt.

Unterschrift	Heutiges Datum
--------------	----------------

Einfacher Versand: 1) einscannen oder gut lesbare Fotos machen; 2) prüfen, ob jede Seite lesbar ist; 3) Dateien an info@anahealings.com senden und den vollständigen Namen angeben.