UPDF
WWW.UPDF.COM



GANZHEITLICH LEBEN
BY STEFANIE HEIDRICH

Telefonnummer:
0173 8259351

Mail:
info@ganzheitlichleben.online

Internetseite
https://www.ganzheitlichleben.online/

Anamnesebogen für eine ganzheitliche Betrachtungsweise

Mein Name ist Stefanie Heidrich. Als gelernte Arzthelferin, zertifizierter Nähr- und Vitalstoffcoach und Mutter von drei wundervollen Mädchen liegt mir die ganzheitliche Gesundheit besonders am Herzen. In meiner Arbeit verbinde ich schulmedizinisches Wissen mit den Ansätzen der alternativen Medizin, um Körper, Geist und Seele in Einklang zu bringen.
Dieser Anamnesebogen ist bewusst sehr umfassend gestaltet, um ein möglichst genaues Bild deiner aktuellen Situation zu erhalten. Nur so kann ich dich individuell und bestmöglich auf deinem Weg zu mehr Wohlbefinden begleiten.
Vielen Dank, dass du dir die Zeit nimmst, alles sorgfältig auszufüllen!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Persönliche Angaben

aktuelles Datum

- Name, Vorname:
- Geburtsdatum:
- Adresse:
- Telefon:
- E-Mail:
- Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
- Familienstand:
  ☐ allein lebend ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ in Partnerschaft
- Kinder:
- Beruf:
- Wochenarbeitszeit: ☐ Stunden
- Rauchen: ☐ Zigaretten/Tag
- Alkoholkonsum: ☐ Einheiten/Woche
- Sportliche Aktivität (Art & Häufigkeit):

Körpermaße & Gewichtsentwicklung

- Größe: ☐ m Gewicht: ☐ kg Bauchumfang: ☐ cm
- Gewichtsverlauf letzte 10 Jahre:

  ☐ stabil ☐ kg abgenommen ☐ kg zugenommen
- Wunschgewicht: ☐ kg
- Niedrigstes Gewicht: ☐ kg (Zeitpunkt: ☐)
- Höchstes Gewicht: ☐ kg (Zeitpunkt: ☐)
- Bisherige Diätversuche und Ergebnisse:

UPDF
WWW.UPDF.COM

Was ist Dein ultimatives Ziel mit dieser Beratung?	
Bis wann möchtest Du es erreichen?	
Was gefällt Dir an Deiner aktuellen Lage nicht?	
Wie bereit bist Du, zum Erreichen Deiner Ziele die Komfortzone zu verlassen?	
Was hast Du schon getan, um dieses Ziel zu erreichen?	

Gesundheit

Wie gut fühlst Du Dich in Deinem Körper?	
Wie sehr vertraust Du Deinem Körper?	
Wie oft bist Du krank und wie lange?	
Bist Du anfällig für äußere Umstände (Kälte, Wetterumstände, Grippewelle) oder hast eher eine solide Gesundheit?	

Los geht's – du schaffst das!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Bestehen irgendwelche Vorerkrankungen (Haut, Darm, Immunsystem)? Wenn ja, welche?	
Nimmst Du aktuell Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?	
Kommen bestimmte Krankheiten in der Familie öfter vor? Wenn ja, welche?	
Hast Du ein aktuelles Blutbild? (maximal ein Jahr alt) Bitte schicke es mit diesem Fragebogen.	
Für Frauen: Nimmst Du die Pille?	

Soziales

Bist Du verheiratet?	
Hast Du Kinder? Wenn ja, wie viele und wie alt?	
Hast Du Hobbys, bei denen Du Dich körperlich oder künstlerisch austoben kannst? Wenn ja, welche?	
Wie sieht für Dich ein perfekter Samstag aus?	

Super, die ersten Aufgaben sind erledigt!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Wie sehr macht Dir Deine Arbeit Spaß?	
Wie viel Sinn siehst Du in Deiner Arbeit?	
Wie sind die Arbeitszeiten?	
Gibt es eine Kantine/Mensa?	
Arbeitest Du sitzend, stehend oder gehend?	
Wie stressig ist Deine Arbeit/ Deine Arbeitskollegen?	

Körpergefühl

Wie erholt bist Du früh nach dem Aufwachen?	
Hast Du früh dunkelblaue Ringe unter den Augen?	
Wann wachst Du früh auf?	
Wann gehst Du in's Bett?	
Hast Du Schlafprobleme?	
Was tust Du in den letzten 2 Stunden vor dem Schlafen?	
Wie ist Dein Energielevel über den Tag verteilt?	

UPDF
WWW.UPDF.COM

Sport

Wie oft treibst Du Sport?	
Wie lange pro Einheit?	
Wie viel Zeit bist Du bereit, täglich in Sport zu investieren?	
Wie viel Regeneration gönnst Du Deinem Körper?	
Wie fühlst Du Dich während und nach dem Sport?	
Macht Dir Sport Spaß oder ist es nur Routine/Pflicht?	
Hat Ausdauersport einen Platz?	

Zähne

Hast oder hattest Du in der Vergangenheit Karies oder Parodontitis?	
Wurden Dir bereits Weisheitszähne entfernt?	
Hast oder hattest Du Amalgamfüllungen?	
Hast Du gelegentlich Zahnschmerzen oder entzündete Zahnfleischbacken?	

Bald Halbzeit – bleib motiviert!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Gibt es Lebensmittelallergien? Wenn ja, welche?	
Meidest Du diese Lebensmittel strikt?	
Hast Du regelmäßig Bauchschmerzen, Verstopfung, Durchfall, Blähungen?	
Ist der Stuhlgang regelmäßig (1-2x täglich, immer selbe Uhrzeit)?	
Ist die Stuhl-Konsistenz in Ordnung (nicht zu fest, nicht zu flüssig)?	
Schwimmt der Stuhl oben auf dem Wasser?	
Sind Blut (rote Striemen) oder schwarze Kügelchen im Stuhl erkennbar?	
Hast Du in den letzten Monaten Antibiotika eingenommen?	
Nimmst Du probiotische Nahrungsmittel oder probiotische Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?	

Halbzeit - du bist großartig!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Hast Du Hauterkrankungen? Wenn ja, welche?	
Welche Kosmetika nimmst Du auf täglicher Basis?	
Wie helfen Dir die Hautärzte mit Deinem Problem weiter?	
Ist die Haut eher trocken oder eher fettig?	
FALLS AKNE VORLIEGT: Häuft sich die Akne in bestimmten Gesichtsregionen?	
Sind auch Hals, Schultern und Rücken betroffen?	
Ist die Akne eitrig?	
Wie oft wäschst Du Dich täglich? Wenn ja, mit Seife oder nur Wasser?	
Welche Anti-Akne-Produkte nimmst Du aktuell?	
Welche Anti-Akne-Produkte haben in der Vergangenheit nicht oder sehr gut funktioniert?	
Wischst Du Dir öfters mit der Hand durchs Gesicht (wenn nervös oder unbewusst?)	
Was denkst Du ist die Ursache hinter der Akne?	

Der größte Teil liegt hinter dir!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Ernährung

Was isst Du früh, mittags, abends normalerweise?	
Wie hungrig bist Du vor dem Essen?	
Wann isst Du normalerweise?	
Bist Du danach satt und zufrieden?	
Isst Du immer gleiche Mahlzeiten? Ist Dir Vielfalt wichtig?	
Wie schnell isst Du? Wie lange kaust Du?	
Bist Du beim Essen abgelenkt (z.B. Handy, Fernseher)?	
Hast Du nach dem Essen öfter mal ein vernebeltes Gehirn? Wenn ja, nach welchen Mahlzeiten?	
Wenn eben mit Ja geantwortet wurde: Hast Du schon mal einen Magensäure-Test gemacht?	
Hast Du Abneigungen gegenüber bestimmten Lebensmitteln?	
Wie wichtig ist Dir Obst und Gemüse?	
Wie viele Tassen Kaffee trinkst Du täglich?	

Endspurt – du bist fast am Ziel!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Müdigkeit

Erfährst Du ein- oder mehrmals pro Woche ein Nachmittagstief?	
Hast Du im Laufe des Tages Schwierigkeiten, Dich zu konzentrieren?	
Bist Du mehrmals pro Woche abends ab 20 Uhr völlig K.O.?	
Schläfst Du am Abend bereits nach ein bis fünf Minuten ein?	
Brauchst Du einen Mittags- oder Nachmittagsschlaf?	
Fühlst Du Dich in deinem Job überfordert?	
Fühlst Du Dich in deinem sozialen Umfeld überfordert und reagierst oft gereizt?	
Bist Du starker körperlicher Beanspruchung nicht mehr gewachsen und reagierst auf Sport mit starker Müdigkeit?	
Schläfst Du auf der Couch oder dem Sofa einfach ein?	
Schläfst Du als Beifahrer im Auto oder im Zug bzw. Flugzeug leicht ein?	
Knickt Dein Energieniveau 1-2 Stunden nach Mahlzeiten ein?	

Fast geschafft – richtig stark!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Nahrungsergänzungsmittel

Nimmst Du aktuell Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche und wieviel?	
Hast Du mit bestimmten Nahrungsergänzungsmittel schon gute Erfahrungen gemacht?	
Hast Du eine Abneigung gegenüber Nahrungsergänzungen?	

Geld

Wie viel Geld bist Du bereit in gesunde Ernährung zu investieren (pro Monat)?	
Wie viel Geld bist Du bereit in Sport zu investieren (pro Monat)?	
Wie viel Geld bist Du bereit in Nahrungsergänzungen zu investieren (pro Monat)?	

Geschafft! Großartige Leistung!

UPDF
WWW.UPDF.COM

Einverständniserklärung zur Umsetzung von Empfehlungen auf eigene Gefahr

Ich, _____, erkläre hiermit mein ausdrückliches Einverständnis, dass ich die Empfehlungen und Ratschläge, die mir von Ganzheitlich Leben by Steffanie Heidrich im Rahmen meiner Beratung oder Therapie gegeben wurden, auf eigene Gefahr umsetze.

Ich verstehe und akzeptiere, dass die Empfehlungen, die im Rahmen der Beratung oder Therapie gegeben werden, auf Informationen basieren, die von mir bereitgestellt wurden, und auf den Fachkenntnissen und Erfahrungen von Stefanie Heidrich. Obwohl Stefanie Heidrich sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht, genaue und geeignete Empfehlungen zu geben, erkenne ich an, dass keine Garantien oder Versprechungen hinsichtlich der Ergebnisse gemacht wurden oder gemacht werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Umsetzung der Empfehlungen Risiken und Unsicherheiten in Bezug auf meine Gesundheit und mein Wohlbefinden mit sich bringen kann. Ich bin bereit, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen, die ich im Hinblick auf meine Gesundheit treffe, und ich entlasse Stefanie Heidrich sowie alle mit ihr in Verbindung stehenden Personen und Organisationen von jeglicher Haftung im Zusammenhang mit meinen Handlungen oder Unterlassungen aufgrund der erhaltenen Empfehlungen.

Diese Einverständniserklärung dient dazu, meine Zustimmung und mein Verständnis für die oben genannten Punkte auszudrücken.
Ich habe ausreichend Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen und Klarstellungen zu erhalten.

Klientenname: [Ihr Name] _____

Datum: [Datum] _____

Unterschrift des Klienten: _____

_____

Dateien (z.B.: Blutauswertungen)

Bitte speichern Sie diese Datei und schicke es mir per Whats oder per Mail