

# Anamnesebogen

Foto

Name -----Er/ Sie /Es

Vorname -----

Geburtsdatum-----Uhrzeit-----Geburtsort/Land-----

Telefon -----Mobil-----E-Mail-----

Familienstand-----Kinder-----

Beruf -----Beschäftigt jetzt als-----

Krankenversicherung:

Gesetzlich-----Privat-Vollversicherung-----Privat-Zusatzversicherung-----Sonstiges-----

## **ERKLÄRUNG:**

*Ich möchte von Frau HP Fulga Stefania Marianov als Privatpatient behandelt werden. Ich bin darüber informiert, dass Frau HP Fulga Marianov nur privat - also keine Krankenscheine oder Versicherungskarten - abrechnen kann.*

*Das Honorar wird mir demnach privat nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet und von mir direkt bezahlt.*

*Frau Marianov hat mir mitgeteilt: „Die Behandlungs- und Therapiemethoden der alternativen Medizin sind die Basis meiner Behandlung. Die Methoden die ich anwende darf ich selbstständig, nach meinem fundierten Wissen und Ermessen und zum Wohle meines Patienten einsetzen. Sie kollidieren nicht mit der allopathischen Behandlung, haben jedoch einen anderen Ansatz.*

*Ein Heilversprechen, die Linderung, oder die Besserung eines Krankheitszustandes kann jedoch nicht versprochen, oder garantiert werden“.*

Frankfurt, den .....

Fulga Stefania Marianov  
Heilpraktikerin · Holistische Medizin



Naturheilpraxis  
Koselstraße 50, 60318 Frankfurt a.M.  
T. +49 (0)69 597 900 30  
info@naturheilpraxis-holos.de  
www.naturheilpraxis-holos.de

**Anamneseangaben:**

*Es ist sehr wichtig, sich ausreichend Zeit zu nehmen und die Fragen genau zu beantworten, denn alle Angaben sind für den Gesamtblick Ihrer ganzheitlichen Behandlung wichtig. Sie können zutreffende Punkte unterstreichen, oder in eigenen Worten zusammenfassend ergänzen.*

**Ihre Erwartung/Ziel der Behandlung ist mir wichtig. Bitte formulieren Sie diesbezüglich Ihren Wunsch.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Beschwerdenfragebogen:**

**Was glauben Sie, was den Anfang der Beschwerden ausgelöst hat?**

*Schreck, Erkrankung, Trauer, Kummer, Tod, Medikamente, Operation, Mobbing, Verlust, Sonstiges:*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Beschwerden haben Sie, oder fühlen Sie sich bereits krank? (Wurde bei Ihnen schon eine bestimmte Krankheit diagnostiziert?)**

*Der Grund Ihres Besuchs ist mir wichtig. Auch wann die Beschwerden das erste Mal aufgetreten sind?*

---

---

---

---

---

---

---

---

Fulga Stefania Marianov  
Heilpraktikerin · Holistische Medizin



Naturheilpraxis  
Koselstraße 50, 60318 Frankfurt a.M.  
T. +49 (0)69 597 900 30  
info@naturheilpraxis-holos.de  
www.naturheilpraxis-holos.de



**Was bringt Linderung?**

*Kälte, Wärme, Ruhe, Schlaf, Bewegung, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Meditation, Sonne,*

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beschwerdensymptome:**

*Blässe, Rötung, Schwellung, Fieber, Schmerz, Einschränkung der Funktion, Hörprobleme, Sehstörungen, Schwindel, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Schweißbildung,*

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie bis jetzt durchgeführt?**

*Ärztliche, therapeutische, individuelle Methoden/Versuche, noch überhaupt nichts versucht:*

*Schulmedizin, Homöopathie, Physiotherapie, Psychotherapie, Ernährungstherapie, Heilfasten, Bioresonanz, Neuraltherapie, Hormontherapie, Akupunktur, Kinesologie, Elektroakupunktur, Colon-Hydro-Therapie, Infusionen, Klangschalen, TCM,*

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verlorene Lebensqualität durch die jetzige Krankheit ca.?**

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%

**Welche Medikamente/ und/oder Nahrungsergänzungen nehmen Sie ein, oder nahmen Sie regelmäßig zu sich?**

*(Bitte bringen Sie auch alle aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungen bei unserem ersten Termin mit).*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Operationen, Narkosen (wie oft im Jahr), Teilnarkosen, Neuraltherapien, Klinikaufenthalte, bitte mit Datum/Jahr auflisten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Wie war Ihr Befinden nach der Narkose?**

---



---



---

**Impfungen/Impfpass bitte mitbringen:**

Tetanus\_\_FSME\_\_Mumps\_\_Röteln\_\_Pocken\_\_Tollwut\_\_Typhus\_\_HepatitisA\_\_HepatitisB\_\_Diphtherie\_\_  
 Windpocken\_\_Cholera\_\_Gelbfieber\_\_Keuchhusten\_\_Tuberkulose\_\_HPV\_Human\_\_Pneumokokken\_\_Meningokokke  
 n\_\_Haemophilus\_(infl.b)\_\_Masern\_\_Papillomavirus\_\_Kinderlähmung/Polio\_\_Sonstige:\_\_\_\_\_

---



---



---

**Durchgemachte Infektionskrankheiten:**

Masern,\_\_Mumps,\_\_Röteln,\_\_Keuchhusten,\_\_Windpocken,\_\_Scharlach,Tetanus,\_\_Kinderlähmung (Polio),\_\_  
 Malaria,\_\_Salmonellose,\_\_Ruhr,\_\_Pfeiffersches Drüsenfieber,\_\_Gonorrhöe,\_\_Syphilis (Lues),\_\_Tuberkulose,\_\_  
 Tropenkrankheiten,\_\_\_

Sonstiges:\_\_\_\_\_

---



---

**Bluttransfusionen erhalten?**

JA\_\_\_\_\_NEIN

(Bei Ja, bitte Anzahl und Jahr)

---



---



---

**Veranlagungen durch Erbkrankheiten:**

Welche Krankheiten der Familie(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister sind Ihnen bekannt?

nervlich.....psychisch.....arbeitsbedingt.....

Krebs\_\_Tuberkulose\_\_Geisteskrankheiten\_\_Geschlechtskrankheiten\_\_Selbstmord\_\_Gicht\_\_Herzkrankheiten\_\_Gefäßkran  
 kheiten\_\_Schlaganfall\_\_Asthma\_\_Diabetes\_\_Rheuma\_\_Nierensteine\_\_Gallensteine\_\_MultipleSklerose\_\_Allergien\_\_Migrä  
 ne\_\_Schuppenflechte\_\_Neurodermitis\_\_Zöliakie\_\_Kollitis ulcerosa\_\_Morbus Crohn\_\_Sonstiges:

---



---



---

**Persönliche allgemeine Fragen:**

Aktuelles Körpergewicht\_\_\_\_\_Körpergröße\_\_\_\_\_BMI (KG : Größe²)

Fulga Stefania Marianov  
 Heilpraktikerin · Holistische Medizin



Naturheilpraxis

Koseistraße 50, 60318 Frankfurt a.M.

T. +49 (0)69 597 900 30  
 info@naturheilpraxis-holos.de  
 www.naturheilpraxis-holos.de

Blutgruppe \_\_\_\_\_ durchschnittlicher Blutdruck \_\_\_\_\_

Alkohol täglich? JA \_\_\_\_\_ (Was, wieviel?) \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Rauchen JA \_\_\_\_\_ (Was, wieviel?) \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Flüssigkeiten/Tag ca.: 500ml \_\_\_\_\_ 1000ml \_\_\_\_\_ 1500ml \_\_\_\_\_ 2000ml \_\_\_\_\_ 2500ml \_\_\_\_\_ 3000ml \_\_\_\_\_ mehr \_\_\_\_\_

Womit süßen Sie? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? \_\_\_\_\_ JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Welchen und seit wann? \_\_\_\_\_

Ernährungsrichtlinien \_\_\_\_\_ omnivor \_\_\_\_\_ vegetarier \_\_\_\_\_ vegan \_\_\_\_\_ paleo \_\_\_\_\_

Schlafzeiten \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Schlaflosigkeit, \_\_\_\_\_

oder häufiges Erwachen \_\_\_\_\_ Uhrzeit? \_\_\_\_\_

Sonstiges: schweres Einschlafen \_\_\_\_\_ Sprechen im Schlaf \_\_\_\_\_ Unruhe in den Beinen \_\_\_\_\_ Nachtschweiß \_\_\_\_\_ heiße Füße \_\_\_\_\_ kalte Füße \_\_\_\_\_ Zähneknirschen \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Beruf, Lebensstil, Umgebung:**

Erlerner Beruf, \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf, \_\_\_\_\_

Tägliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_

Arbeitswoche \_\_\_\_\_

Schichtdienst \_\_\_\_\_

Wochenendarbeit \_\_\_\_\_

### **Umgang am Arbeitsplatz mit:**

Staub, \_\_\_\_\_ Chemikalien, \_\_\_\_\_ Gifstoffen \_\_\_\_\_

### **Haben Sie ausreichend Raum für sich zuhause?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Elektrosmog zuhause und am Arbeitsplatz?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeit vor TV \_\_\_\_\_ Computer \_\_\_\_\_ Spielkonsole \_\_\_\_\_

### **Süchte:**

Alkohol \_\_\_\_\_ Süßigkeiten \_\_\_\_\_ Rauchen \_\_\_\_\_ Cannabis \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Fulga Stefania Marianov  
Heilpraktikerin · Holistische Medizin

 **HOLOS**

Naturheilpraxis  
Koselstraße 50, 60318 Frankfurt a.M.

T. +49 (0)69 597 900 30

info@naturheilpraxis-holos.de

www.naturheilpraxis-holos.de

#

**VERDAUUNG:**

Stuhl regelmäßig? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_  
 geformt \_\_\_\_\_ breiig \_\_\_\_\_ wässrig \_\_\_\_\_ Blähungen \_\_\_\_\_

**ALLERGIEN?** \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein. \_\_\_\_\_ Welches Organ ist betroffen?

*Sind Ihnen Allergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt auf Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel, sonstige Substanzen?*

**Kennen Sie Ihre Lebensaufgabe?**


---



---



---



---

**Haben Sie noch Lebenspläne, die Sie erfüllen möchten?**


---



---



---

**Zusammenfassung Erscheinungen:****Physische Ebene:**

Erkrankungen des Gehirns \_\_\_\_\_ Endokrine Leiden \_\_\_\_\_ Leber-/Galle Leiden \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_ Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_

Muskelleiden \_\_\_\_\_ Erkrankung der Schleimhaut \_\_\_\_\_ Hauterkrankungen \_\_\_\_\_

**Emotionale Ebene:**

Selbstmörderische Gedanken \_\_\_\_\_ Depression \_\_\_\_\_ Apathie \_\_\_\_\_ Unlust und Teilnahms-  
 losigkeit \_\_\_\_\_ Traurigkeit \_\_\_\_\_ Schwermut \_\_\_\_\_ Qualvolle Angst \_\_\_\_\_

Phobien \_\_\_\_\_ Zwanghafte Furcht \_\_\_\_\_ Ängstlichkeit \_\_\_\_\_ Reizbarkeit \_\_\_\_\_

Unzufriedenheit \_\_\_\_\_

**Geistige Ebene:**

Totale Geistesverwirrung \_\_\_\_\_ destruktives Delirium \_\_\_\_\_ paranoide Vorstellungen und  
 Zwänge \_\_\_\_\_ Sinnestäuschungen und Wahnideen \_\_\_\_\_ Lethargie \_\_\_\_\_

Stumpfsinn/Trägheit \_\_\_\_\_ Benommenheit \_\_\_\_\_ Konzentrationsschwäche \_\_\_\_\_ Vergesslichkeit  
 \_\_\_\_\_ Zerstreutheit \_\_\_\_\_

Fulga Stefania Marianov  
 Heilpraktikerin · Holistische Medizin



Naturheilpraxis

Koselstraße 50, 60318 Frankfurt a.M.

T. +49 (0)69 597 900 30

info@naturheilpraxis-holos.de

www.naturheilpraxis-holos.de

*Handwritten signature*

**Tafeln:**

Segmente

Dermatome

Reflexzonen \_\_\_\_\_ Ohr \_\_\_\_\_ Fuß \_\_\_\_\_ Hand \_\_\_\_\_

TCM Tafel

Radix Horoskop

Chakrenstatus

*Ich bedanke mich für das  
setzen erbrachte Vertrauen  
Ihre Fulga Manderov*

Fulga Sterania Manderov  
Heilpraktikerin · Holistische Medizin



Naturheilpraxis  
Koselstraße 50, 60318 Frankfurt a.M.  
T. +49 (0)69 597 900 30  
info@naturheilpraxis-holos.de  
www.naturheilpraxis-holos.de