



# Homöopathie & Energieheilpraxis

**Doreen Koblenz**

Heilpraktikerin für Psychotherapie, Liebscher & Bracht Schmerzspezialistin, Homöopatin  
An der Kirche 1, 06688 Weißenfels OT Großkorbetha

## Anamnesebogen-Schmerzen

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

1. Haben Sie öfter oder regelmäßig Schmerzen?     JA     NEIN    Wo/(seit) wann:

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

2. Betreiben Sie regelmäßig... (bitte ankreuzen)                      - wenn ja: was/wie oft?

Kraftsport \_\_\_\_\_

Ausdauersport \_\_\_\_\_

Dehnungsübungen \_\_\_\_\_

Sonstiges (Spazieren gehen, Gartenarbeit, Hausarbeit...)

\_\_\_\_\_

3. Beschreiben Sie ihr Ess- und Trinkverhalten:

Pflanzlich in %: \_\_\_\_\_

Tierisch in %: \_\_\_\_\_

Getränke: \_\_\_\_\_ Trinkmenge pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter

Alkoholkonsum                       gar nicht                       mäßig                       zu viel

Zuckerkonsum                       gar nicht                       mäßig                       zu viel

**4. Beschreiben Sie weitere Laster?**

---

---

**5. Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen)**

**O JA**

**O Nein**

**6. Haben Sie chronische Erkrankungen?**

---

---

---

**7. Haben Sie andere akute Beschwerden neben den Schmerzen?**

---

---

---

**8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

---

---

**7. Hatten Sie Operationen, wann und welche?**

---

---

---

**8. Bestehen Narben? Wo?**

---

**9. Besteht ein bekanntes Thromboserisiko?**

---

**10. Sonstiges:**

---

---

**Datum/Unterschrift:**

---

(Alle ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

