



bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit den **Recovery Consulting Anamnesebogen** auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

E-mail: _____

Ich bin in ärztlicher Behandlung nein ja, bei

Name: _____ Fachgebiet: _____

Name: _____ Fachgebiet: _____

Ich bin in Behandlung bei einem Heilpraktiker nein ja, bei

Name: _____

Ich habe mich für eine Beratung entschieden, weil ich unter folgenden „Syndromen“ leide:

allgemeine Erschöpfung Kopfschmerzen Migräne Schwindel

CFS/ME Long Covid post Vaccine Fibromyalgie

Burn out mir geht's eigentlich ganz gut, möchte aber fitter werden

Andere Gründe/Ziele _____

Auf einer Skala von 1 (mir geht's super gut-keine Schmerzen) bis 10 (bin total erschöpft-massive Schmerzen) würde ich meinen momentanen Zustand mit der Zahl _____ beschreiben.

Den Begriff „post exertional malaise“ (PEM) habe ich schonmal gehört ja nein

Ich leide unter Schlafstörungen ja nein

Ich habe meine Beschwerden seit ca.: _____ Monaten.

Ich vertrage keinen Alkohol (mehr) ja nein

Ich kann noch arbeiten gehen ja ja, aber nur stundenweise nein

Ich vermute folgende Ursache(n) für meine Beschwerden:

Ich nehme folgende Medikamente:

- Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Cortison
 Insulin Herz-Kreislauf Medikamente „Blutverdünner“
 Antidepressiva andere _____
- Ich bin Covid geimpft nein ja ____mal mit _____

Ich nehme folgende „Supplements“ (z.B.: Vit. C,B,D, Zink, Magnesium, Q10, Omega3, Polyphenole..... etc.)

Ich habe Grunderkrankungen (z.B.: Krebs, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma, etc.)

- Nein Ja, welche? _____

Ich hatte schonmal einen Herzinfarkt/Schlaganfall nein ja wann _____

Ich habe bereits Erfahrungen mit Chiropraktik gemacht nein ja

Ich habe bereits Erfahrungen mit integrativer Medizin gemacht, wie z.B.:

- IHHT Eigenblut -Ozon Blutlasertherapie Apharesen
 Chelattherapie Mikrostrom Aufbauinfusionen andere _____

Das verbinde ich mit der Beratung

- wieder mehr Energie haben bessere Konzentration weniger/keine Kopfschmerzen mehr
 weniger „brain fog“ schwindelfrei sein weniger Verspannungen haben
 eine bessere Atmung stressresistenter sein wieder fröhlicher sein
 eine bessere Verdauung mich besser fühlen einen besseren Schlaf
 besseres Immunsystem weniger Ohrgeräusche

anderes _____

das möchte ich gerne wieder tun (können): _____

_____,den _____ Unterschrift _____

