



## Anamneseformular NAET

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
Krankenkasse	Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Soziales Umfeld

Leben Sie alleine? PartnerIn? Familie?

### Berufsbezeichnung

### Familie / Eltern / Geschwister

Allergien / Unverträglichkeiten

### Schwangerschaft

Infektionen / Süchte / schwere Krankheit und Operationen / Schicksalsschlag

### Geburt

Kaiserschnitt / Medikamente Wehenmittel, Narkose, / Frühgeburt

### Erste Lebensmonate

Gestillt / Kolliken / Schlafstörungen / Hautausschläge

### Impfungen

Reaktionen / Hautausschlag / Fieber / Ruhelosigkeit / Schlafstörungen / Schmerzen

## Kinderkrankheiten / Unfälle / Operationen/ Verletzungen

### Körperliche Beschwerden

#### Organsysteme

- Herz-Kreislauf
  - Bluthochdruck / Herzrasen
- Atemwege - Lunge
- Atembeschwerden
  - Nach dem Essen
  - Bei Bewegung
  - Bei Aufregung
  - An bestimmten Orten
  - Unter bestimmten Einflüssen
  - Arbeitsplatz / Schlafzimmer / Küche
- Nasen-Hals-Ohren
  - Sinusitis
  - Hals und Ohrenentzündungen
- Haut
  - Ekzem  Hautausschlag  Akne  Nesselausschlag
- Augen
- Verdauung nach dem Essen
- Blähungen  Krämpfe  Schmerzen  Aufstossen  Husten  Nase fließt  Energielos
- Dickdarm
  - Reizdarm  Durchfall  Verstopfung
- Blase
  - Blasenentzündungen  Reizblase
- Bewegungsapparat (Muskeln/Gelenke)
  - Schmerzen  Entzündungen  Rheumatische Beschwerden  Rückenschmerzen
- Nervensystem (Psyche, Hormone etc.)
  - Ängste  Phobien  Innere Unruhe  Stimmungsschwankungen
  - Leistungsschwäche  Konzentration  Gedächtnisschwäche  Unruhe  ADHS

#### Vegetative Beschwerden

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Schmerzen allgemein
- Migräne
- Wetterfühligkeit
- Nachtschweiß
- Einschlafstörungen
- Frühzeitiges Erwachen
- Nervosität
- Müdigkeit

**Sind bei Ihnen in letzter Zeit eine oder mehrere der folgenden Ereignisse eingetroffen?**

- Scheidung / Trennung
- Umzug
- Beruflicher Wechsel
- Starke berufliche Belastung
- Schwere Krankheit im Familien- oder Bekanntenkreis
- Probleme naher Angehörigen
- Hausbau
- Finanzieller Stress
- Familiärer Stress
- Todesfall
- Unglücksfall

**Zähne**

Entzündungen / Füllungen / Zahnklammern / Materialien /

**Zigaretten**

- Raucher  Nichtraucher

**Alkoholische Getränke**

- Kaum oder keine  regelmässig

**Essgewohnheiten**

- Fertiggerichte
- Kantine oder Restaurationsverpflegung
- Spezielle Gelüste und Vorlieben
- Haben Sie häufig auf etwas bestimmtes Heisshunger?
- Gewichtsprobleme

**Körpergrösse:**

**Körpergewicht:**

**Umwelteinflüsse**

- Lärm
- Elektrosmog
- Abgase
- Nachbarschaft

### **Schwangerschaft / Geburt**

- Unerfüllter Kinderwunsch
- Schwangerschaftsverlauf
- Geburten
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

### **Menstruationszyklus**

- PMS
- Unregelmässig
- Blutungen: schwach, stark, Zwischenblutungen
- Schmerzen
- Stimmungsschwankungen

### **Medikamente / Hormonpräparate**

#### **Menopause**

Beschwerden:

### **Saisonale Beschwerden**

- Pollen
- Gräser / früh / spät
- Bäume
- Andere

### **Unverträglichkeiten**

- Ei
- Milch/ Laktose / Milcheiweiss
- Getreide / Weizen Roggen Buchweizen Dinkel / Gluten / Mais
- Fisch / Krustentieren
- Nüsse / Erdnüsse
- Wein Bier
- Früchte / Obst
- Käse
- Nahrungsmittelzusatzstoffe
- Haarfärbemittel
- Formaldehyd
- Metalle / Nickel / Silber / Gold
- Chemikalien / Farben
- Medikamente / Anästhetika / Aspirin / Antibiotika / Salicylate (Entzündungshemmer)
- Pilze
- Schimmelpilzverbe
- Tierhaare / Hausstaub
- Parfüm / Duftstoffe
- Andere:
- Auf welche Stoffe reagieren Sie anaphylaktisch?**

Es werden weder aufgrund dieses Fragebogens noch in der kinesiologischen Begleitung Diagnosen gestellt. Das Ziel der Balance ist es, den Zugang zu den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu finden, um den Heilungsprozess zu fördern. Dank selbstverantwortlichem und reflektiertem Handeln wird ein bewusster Prozess in Gang gesetzt auf dem Weg hin zur Gesundheit und mehr Wahlfreiheit im Leben.

Bitte Formular ausfüllen und in die erste Balance-Sitzung mitbringen.

Ort, Datum

Unterschrift