



BALANCE YOUR FLOW

ANAMNESEBOGEN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse und PLZ: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Hausarzt: _____

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu mir?

Gab es ein bestimmtes Ereignis vor dem Auftreten der Beschwerden?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Zum Beispiel Pille, Antidepressiva, Epileptika, Tabletten für die Schilddrüse usw.)

Nehmen Sie oft Antibiotika, Kortison oder Schmerztabletten ein? Wenn ja, wie häufig?

Ja _____ Nein

Haben/Hatten Sie eine Hormonbehandlung?

Ja _____ Nein



BALANCE YOUR FLOW

Sind sie aktuell schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja _____ Nein

Wie war Ihre eigene Geburt? Gab es Komplikationen? (Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Dammriss etc.)

Ja _____ Nein

Hatten Sie damals Kinderkrankheiten? Wenn ja, welche?

Ja _____ Nein

Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten oder Intoleranzen?

Ja _____ Nein

Haben Sie spezielle Impfungen?

Ja _____ Nein

Hatten Sie Brüche oder Verletzungen? Wenn ja, welche Körperpartie war betroffen?

Ja _____ Nein

Hatten Sie Unfälle/Stürze? Wenn ja, wie und was haben Sie sich dabei verletzt?

Ja _____ Nein



BALANCE YOUR FLOW

Hatten Sie Bagatellunfälle? Zum Beispiel ist ein Unfall beinahe passiert?

Ja _____ Nein

Haben Sie Narben am Körper? Wenn ja, wo?

Ja _____ Nein

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

Ja _____ Nein

Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal bewusstlos?

Ja _____ Nein

Hatten Sie Zahn- oder Kieferbehandlungen oder Operationen in diesem Bereich?

Ja _____ Nein

Konsumieren Sie Alkohol und Zigaretten? Wenn ja, wie häufig und in welchen Mengen?

Ja _____ Nein

Haben Sie eine Herz-Kreislaufferkrankung?

Ja _____ Nein



BALANCE YOUR FLOW

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Zum Beispiel Diabetes, Schilddrüse etc.)

Ja _____ Nein

Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? (Zum Beispiel Hashimoto, Morbus Chron etc.)

Ja _____ Nein

Haben Sie eine Hauterkrankung? (Zum Beispiel Neurodermitis, Psoriasis etc.)

Ja _____ Nein

Haben Sie Beschwerden mit ihrem Halte- und Bewegungsapparat? (Zum Beispiel HWS, Bandscheibe, Skoliose etc.)

Ja _____ Nein

Haben/Hatten Sie Erschöpfungszustände oder Burnout?

Ja _____ Nein

Haben/Hatten Sie starke emotionale Belastungen? (Zum Beispiel Trauma, Trauer, Verlust, Überforderung etc.)

Ja _____ Nein

Welche Therapiemethoden oder Behandlungen haben Sie schon probiert?



BALANCE YOUR FLOW

DATENSCHUTZ

Hinweis: Die hnc® - und Klopfmethode ersetzen keine Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Möglichkeiten der hnc®- und Klopfmethode aufgeklärt wurde und weiß, dass sie Teil der Komplementär-/Alternativmedizin sind und auf Erfahrungen begründet sind. Die Wirkungsweisen sind, wie alle anderen alternativen Behandlungsmethoden auch, gemäß wissenschaftlich erprobter Maßstäbe nicht erwiesen. Ihre Daten unterliegen dem Datenschutz mit Verschwiegenheitspflicht und sind ausschließlich von mir persönlich einsehbar.

„Ich willige ein, dass Jenny Bohnert zum Zwecke der Rechnungsstellung, der Versendung von Einladungen/Newsletter und Benachrichtigungen meine oben genannten personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser erteilten Einwilligung. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt auf ausdrücklichen Wunsch des Klienten. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Sie haben jederzeit das Recht, bei mir über die obigen Kontaktdaten kostenfrei Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Auch stelle ich Ihnen Ihre Daten gerne in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung.“

Ort/Datum/Unterschrift

Unterschrift (Jenny Bohnert)