

# Neuaufnahmebogen



## Formular deiner Gesundheitsgeschichte

<b>Name:</b>	
<b>Wohnort:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Geburtstag:</b>	
<b>Alter:</b>	
<b>Größe:</b>	
<b>Gewicht:</b>	
<b>Beruf:</b>	
<b>Partnerschaft:</b>	
<b>Kinder:</b> <b>Alter der Kinder:</b>	
<b>Spiritueller Glauben:</b>	

1. **Beschreibe deine gesundheitlichen Hauptsymptome im Detail (Startpunkt, Verlauf, Beschwerden, Symptome):**

2. **Medizinische Behandlungen/ Medikamente/ Blutabnahmen in der Vergangenheit?:**

3. **Psychische/Seelische Verletzungen:**

**4. Verletzungen, Krankheiten, Krankenhausaufenthalte:**

--

**5. Schmerzen, Schwellungen oder Steifheit:**

--

**6. Gesundheitsprobleme Mutter:**

--

**7. Gesundheitsprobleme Vater:**

--

**8. Schlafqualität:**

--

**9. Von wann bis wann schläfst du?**

--

**10. Wie fühlst du dich nach dem Aufstehen? Bist du am müde am Tag?**

**11. Beschreibe deine Verdauung (Durchfall, Blähungen, Verstopfung):**

**12. Hast du die folgenden Bücher/Videos von Anthony William gelesen/gehört?**

	ja	nein
<b>Mediale Medizin</b>		
<b>Medical Food</b>		
<b>Heile deine Schilddrüse</b>		
<b>Selleriesaft</b>		
<b>Heile deine Leber</b>		
<b>Heile dich selbst</b>		
<b>Heile dein Gehirn (2 Bücher)</b>		
<b>Anthony William Radio Shows &amp; Podcasts</b>		
<b>Youtube: Psychische und Körperliche Gesundheit</b>		
<b>Medical Medium Blog Posts</b>		
<b>Healing Path Webinar</b>		

**13. Hast du schon eine der folgenden Reinigungen gemacht?**

	Ja	Nein	Wie oft/ Wann
Schwermetallreinigung			
Monoreinigung			
3-6-9 Vereinfachte Leberreinigung			
3-6-9 Normale Leberreinigung			
3-6-9 Erweiterte Leberreinigung			
28 Tage Reinigung			

**14. Deine Tagesroutine**

<b>Wie viel trinkst du am Tag?</b>	
<b>Gibst du Zitrone in dein Wasser? Wenn ja, wie viel?</b>	
<b>Trinkst du Selleriesaft? Wenn ja, wie viel?</b>	
<b>Trinkst du den Schwermetallentgiftungssmoothie? Wenn ja, wie viel? In welcher Dosierung?</b>	
<b>Beschreibe dein Essen an einem durchschnittlichen Tag:</b>	
<b>Snacks</b>	
<b>Mittagessen</b>	
<b>Abendessen</b>	

**15. Welche Supplemente/ Nahrungsergänzungsmittel nimmst du? Seit Wann?**

--

**16. Ist etwas davon Teil deiner Ernährung/ Lebensweise?**

	Nein	Wenn Ja, wie oft im Monat?
Eier		
Milch/Milchprodukte (aller Tiere)		
Gluten (Weizen, Dinkel, usw)		
Rapsöl		
Fleisch		
Mais		
Soja		
Fisch		
Fisch aus Aquakultur		
Fermentiertes Essen/Getränke		
Alkohol		
Kaffee		
Kakao		
Grüner Tee / Matcha – Tee		
Nikotin		
Drogen:		

**17. Wie viel Prozent deiner Ernährung ist roh? Wie viel ist gekocht?**

\_\_\_\_\_ % Roh:

\_\_\_\_\_ % Gekocht:

\_\_\_\_\_ % Füller aus (Hirse, glutenfreier Hafer, Hülsenfrüchte)

**18. Wie viel Prozent deiner Ernährung besteht aus Obst & wie viel aus Gemüse?**

--

**19. Welche Rolle spielen Sport & Bewegung in deinem Leben?**

--

**20. Welche Rolle spielen Meditation & Gebete in deinem Leben?**

--

**Die 5 wichtigsten Punkte die du verbessern möchtest:**

1.
2.
3.
4.
5.