

Angaben zu Lebensgewohnheiten und zur Krankengeschichte (Teil II)

Leiden Sie unter Schuppenflechte? Ja Nein

Hatten Sie schon eine Schönheits-OP? Ja Nein | Wenn "Ja", welche?

Haben Sie schon Diäten durchgeführt? Ja Nein | Wenn "Ja", welche und wie oft?

Nur von Frauen auszufüllen

Wie tritt Ihre Periode auf? regelmäßig unregelmäßig

Liegt momentan eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Tragen Sie eine Spirale? Ja Nein

Nehmen Sie Hormonpräparate? Ja Nein | Wenn "Ja", welche?

"Nicht-Therapeuten" sollten bei folgenden Indikationen keine Anwendungen durchführen!

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Leiden Sie an Angina Pectoris /Koronarer Herzkrankheit ? Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Herzinfarkt? Ja Nein

Leiden Sie an einer Tumor-Erkrankung? Ja Nein

Leiden Sie an Multipler Sklerose, Epilepsie oder einer anderen neurologischen Erkrankung? Ja Nein | Wenn "Ja", an welcher?

Sonstiges:

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Ja Nein

Haben Sie frische Narben? Ja Nein | Wenn "Ja", wo?

Haben Sie Krampfadern? Ja Nein

Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten Krankheit? Ja Nein | Wenn "Ja", an welcher?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein | Wenn "Ja", aus welchem Grund?

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein | Wenn "Ja", zu welchem Zweck?

Wichtiger Hinweis:

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Sollten sich, aufgrund unvollständiger und nicht wahrheitsgemäße Aussagen, Nachteile durch die Anwendung ergeben, gehen diese zu meinen Lasten und nicht zu Lasten des Institutes. Mir ist bewusst, dass ich die Anwendung durch das *Liema* -System auf eigene Gefahr nutze.

Ort

Datum

Unterschrift des Kunden

ANAMNESE BOGEN

Um für Sie eine optimale Anwendung des *Liema*-Systems sicherzustellen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. All Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Angaben zur Person

Name	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname	_____	Größe (in cm)	_____
Straße	_____	Gewicht (in kg)	_____
PLZ, Ort	_____	Körperbau	<input type="checkbox"/> schmal <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> kräftig
Geburtsdatum	_____	berufliche Tätigkeit	_____
Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden? _____			
Problembeschreibung / gewünschtes Anwendungsgebiet _____			

Angaben zu Lebensgewohnheiten und zur Krankengeschichte (Teil I)

Art der Ernährung	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leicht/Diät <input type="checkbox"/> unausgewogen <input type="checkbox"/> reichhaltig <input type="checkbox"/> basisch <input type="checkbox"/> sauer
Anzahl der Mahlzeiten pro Tag	_____
Essen Sie Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", eher <input type="checkbox"/> wenig oder <input type="checkbox"/> viel ?
Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", wieviele Tassen pro Tag ? _____ Tassen
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", wieviele Zigaretten pro Tag ? _____ Zigaretten
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", <input type="checkbox"/> wenig, <input type="checkbox"/> mäßig oder <input type="checkbox"/> viel ?
Wie ist Ihre Darmfunktion?	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> übermäßig
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", welchen und wie oft pro Woche? _____
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "Ja", unter welchen? _____
Leiden Sie unter Neurodermitis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein