

Anamnesebogen



Name

Telefon

Email

Geb.-
Datum

Adresse

Allgemeine Gesundheit

Bestehen bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. auf ätherische Öle, Duftstoffe, Pflanzenstoffe)?

☐ Ja

☐ Nein

Leidest Du unter Asthma oder anderen Atemwegserkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Hast Du Hautprobleme wie Ekzeme, Neurodermitis oder empfindliche Haut?

☐ Ja

☐ Nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein (insbesondere Blutverdünner)?

☐ Ja

☐ Nein

Hast Du Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Probleme?

☐ Ja

☐ Nein

Bist du schwanger oder stillst Du aktuell?

☐ Ja

☐ Nein

Hast Du chronische Erkrankungen oder ein geschwächtes Immunsystem?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitte kurz erläutern:



Haushaltsmitglieder & Umweltfaktoren

Leben Kleinkinder (unter 6 Jahren) in Deinem Haushalt?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es Haustiere in Deinem Haushalt?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es weitere Personen im Haushalt mit bekannten Allergien oder Empfindlichkeiten gegenüber Düften?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitte kurz erläutern:



Emotionale & mentale Verfassung

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Fühlst Du dich oft gestresst oder überlastet? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hast Du Schlafstörungen oder Schwierigkeiten beim Einschlafen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leidest Du häufig unter Stimmungsschwankungen oder emotionaler Unruhe? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Fühlst Du dich oft energielos oder erschöpft? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leidest Du unter Ängsten oder innerer Unruhe? | ☐ Ja | ☐ Nein |



Falls ja, bitte kurz erläutern:

Körperliche Beschwerden

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Hast Du häufig Kopfschmerzen oder Migräne? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leidest Du unter Verdauungsproblemen (Blähungen, Verstopfung, Magenbeschwerden)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hast Du Muskelverspannungen, Gelenkschmerzen oder Rückenschmerzen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten bei Dir hormonelle Beschwerden auf (PMS, Wechseljahrsbeschwerden, Zyklusstörungen)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Bist Du häufig erkältet oder hast Du ein schwaches Immunsystem? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hast Du Empfindlichkeiten gegenüber starken Düften oder Parfüm? | ☐ Ja | ☐ Nein |



Falls ja, bitte kurz erläutern:



Hinweise und Haftungsausschluss

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass meine Beratung auf den Prinzipien der Aromatherapie basiert und ausschließlich der Gesundheitsförderung und dem Wohlbefinden dient.

Die hier gegebenen Empfehlungen ersetzen keine ärztliche oder therapeutische Diagnose oder Behandlung. Bei gesundheitlichen Beschwerden oder Erkrankungen sollte stets ein Arzt oder Heilpraktiker konsultiert werden.

Einige ätherische Öle sind nicht für Kleinkinder, Schwangere, Personen mit bestimmten Erkrankungen oder Haustiere geeignet.

Auch können einige Öle Wechselwirkungen mit Medikamenten, insbesondere Blutverdünnern, haben. Bitte informiere Dich vor der Anwendung über mögliche Kontraindikationen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diesen Hinweis zur Kenntnis genommen habe und die Beratung freiwillig in Anspruch nehme.

Ort, Datum:

Unterschrift:

