

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

## Anamnesebogen

Lieber Kunde, Liebe Kundin,

Eine sorgfältige Untersuchung deines Gesundheitszustandes ist von wesentlicher Bedeutung, um eine umfassende Therapie zu ermöglichen. Daher bin ich auf deine Unterstützung angewiesen. Je detaillierter und vollständiger die Informationen sind, desto effizienter kann ich mich auf dich vorbereiten.

Die Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

1. Welche Beschwerden führen dich zu mir? Seit wann ?

2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden? Z.B. Erkrankung, Unfall, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfung etc.

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

3. Welche Behandlung hast du gegen die Beschwerden bereits unternommen?

4. Wie war der Erfolg?

5. Hast du bereits Erfahrungen mit Aromatherapie?

6. Wie war der Erfolg?

7. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmst du derzeit ein?

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

8. Wurdest du schon mal operiert?

9. Hast du sonstige Narben?

10. Hast du Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche und welche Reaktion?

11. Wie würdest du dein aktuelles Stresslevel einschätzen? Beruflich und Privat?

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

12. Leidest du an einer psychischen Erkrankung oder einem Trauma?

13. Lebensstil:

- Rauchst du  ja  nein
- Trinkst du Alkohol  häufig  gelegentlich  nie
- Nimmst du Drogen  ja  nein
- Schlafverhalten  Ein- oder Durchschlafstörung  Häufiges Erwachen
- Nachtschweiß  Unruhe
- Zähneknirschen  Schnarchen
- Traumreich

14. Kopf

- Kopfschmerzen  ja  nein  gelegentlich
- Migräne  ja  nein

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

## 15. Augen

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kurzsichtig         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Weitsichtig         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Grauer Star         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 16. Ohren

- |          |                             |                               |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Tinnitus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hörsturz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 17. Nase

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Behinderte Nasenatmung                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Operation  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heuschnupfen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kein Riechvermögen<br>wenn ja seit wann und wodurch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- \_\_\_\_\_

## 18. Herz- Kreislauf

- |               |                             |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

## 19. Lunge

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronischer Husten    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 20. Rücken

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verspannungen       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blockarde           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Skoliose            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ischias             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 21. Arme

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verletzungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lähmungen?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kribbeln     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arthrose     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gicht        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

## 22. Beine

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verletzungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lähmungen    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kribbeln     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfadern  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arthrose     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gicht        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 23. Haut

- |               |                             |                               |                                    |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Verbrennungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wo: _____ |
| Ausschlag     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wo: _____ |
| Warzen        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wo: _____ |
| Pilze         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wo: _____ |

## 24. Gynäkologischer Bereich

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Periode regelmäßig  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Periodenbeschwerden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktuell Schwanger   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| PMS                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wechseljahre        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

## 25. Neurologische Erkrankungen

- |                   |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nervenstörungen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfanfälle     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Demenz            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Alzheimer         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 26. Vegetatives Nervensystem

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schwindel              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allgemeine Nervosität  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Panikattacken          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vergesslichkeit        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depressionen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ängste                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ADHS                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sensibel               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

# AROMATHERAPIE UND AROMAMASSAGE



SANDRA JABLINSKI - AROMATHERAPEUTIN

27. Was erwartest du von deinem Besuch bei mir?

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich bin mir bewusst, dass die Aromatherapie und Aromamassage keine medizinische Behandlung ersetzen und ich bei gesundheitlichen Problemen einen Arzt konsultieren sollte.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_