



ANAMNESE-BOGEN  
HISTORY OF SICKNESSES

Diesen Fragebogen bitte ausfüllen und dem Arzt des Sri Lanka Ayurveda Garden bei der Erstkonsultation übergeben.

Name / name: _____	Geburtsdatum / Date of birth: _____
Straße / street: _____	Beruf / occupation: _____
PLZ-Ort / city: _____	Gewicht / weight: _____
Land / country: _____	Körpergröße / height: _____
Telefon / telephone: _____	Geschlecht / sex: <input type="radio"/> männlich / male <input type="radio"/> weiblich / female

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?  
*Have you ever undergone an operation? If it is so, which and when?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten, welche?  
*Which children's diseases have you been suffering on?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Problemen oder haben Sie Krankheiten in folgenden Organen:  
*Did you suffer on problems or diseases of the following organs:*

- Kopf/Head  Augen/Eyes  Ohren/Ears  Nase/Nose  
 Hals/Throat  Haarausfall/Loss of hair  Schuppen/Scals

Verdauungsorgane /Digestive system

- Magen/Gastric trouble  Bauchspeicheldrüse/Pancreas  
 Leber/Liver  Gallenblase/Gallbladder  Milz/Milt  
 Dünndarm/Small gut  Dickdarm/Great gut

Herz-Kreislauf /Heart-Circulation

- Herz/Heart  Blutdruck/Blood pressure  
 Krampfader/Varicose vein  Erkrankungen des Blutes/Deseases of blood  Allergien/Allergies

Atmungsorgane /Respiratory organs

- Asthma/Asthma  chron. Bronchitis/chronic bronchitis  
 Lungenerkrankungen/Deseases of lung  Karzinom/Carcinoma

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Do You smoke or did You?

- Ja/Yes  Nein/No

Uro-Genitalsystem/Urine-genitals-system

- Nieren/Kidneys  Blase/urinary bladder  Prostata/prostate gland  
 Eierstöcke/ovaries  Gebärmutter/uterus (whomb)

Ist Ihre Menstruation normal? Is Yor Menstruation normal?

- Ja/Yes  Nein/No

Aktuelle Beschwerden: topical problems:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Vaginal-Pilzkrankungen? Do You have vaginal fungus diseases?  Ja/Yes  Nein/No

Haben Sie Pilzkrankungen? Do You have fungus diseases?  
 Ja/Yes  Nein/No

Bewegungsapparat /organs of movement

- Gelenke/joints  Bindegewebe/connectiv tissue  
 Rheuma/rheumatism  Bandscheibenvorfall/damaged disc  
 Operationen/operations  Unfälle/accidents  
 Knochenbrüche/fractures of bones  andere /other diseases

Nervensystem /Nerve system

- Nervenentzündungen/infectionss  
 Nervenkrankheiten/diseases  Schlafstörungen/insomnia  
 andere /other diseases

Endokrinum /Glands

- Drüsenfunktionsstörungen/trouble of functions  
 Schilddrüse/thyroid gland  Bauchspeicheldrüse/pancreas  
 Nebennieren /adrenal glands  Hormondrüsen /hormonal glands

Psychische Belastungen /Psychological diseases

- Depressionen/Deoressions  Ängste/fears  traumatische Erlebnisse/traumatic experiences  
 Verluste /casualties  
 andere /other

Welche schweren Erkrankungen gab es in Ihrer Familie?  
*Which diseases happend in Your family?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Do You have children  Ja/Yes  Nein/No

Ich versichere keine, für mich oder andere Personen, gesungheitsgefährdenden Risikofaktoren oder Krankheiten verschwiegen zu haben.  
*Herewith I assure that I haven't concealed any desease or risk being danggerous to me or other persons.*

Krankheiten, die während einer Ayurveda-Kur auftreten, fallen nicht unter die Verantwortung des Sri Lanka Ayurveda Garden.  
*Deseases which start during an ayurveda-cure, are not obligation of the Sri Lanka Ayurveda Garden.*

\_\_\_\_\_  
Datum / date                      Unterschrift / signature