

## Anamnesebogen Darmreinigung/Colon-Hydro-Therapie

Datum:.....

Patientenname und Anschrift:

.....  
.....

Grund für Ihren  
Besuch?.....

.....

Derzeitige  
Beschwerden/Vorerkrankungen?.....

.....

.....

### Kontraindikationen:

-Schwere Herzerkrankungen ja nein

-Aneurysma (Arterienweiterung) ja nein

-Gastrointestinale Blutungen ja nein

--Schwangerschaft ja nein

-frische OP's im Gastrointestinalem

Raum (Magen/Darm) innerhalb der

Letzten 6 Monaten ja nein

-Akute Entzündungen im gastrointestinalem

Raum z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa

(akuter Schub) ja nein

Erfahrungen mit der Colon-Hydro-Behandlung / Darmreinigung bzw. Darmsanierung

.....

.....

Erfahrungen mit Fastenkuren.....

.....

Erfahrungen mit der Leber-Gallen-Reinigung nach

Moritz.....

.....

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift