

Upitnik za historiju bolesti

Svaki homeopatski tretman započinje detaljnim razgovorom, anamnezom. Osim aktuelnog stanja bolesti, treba rasvijetliti prijašnje bolesti te historiju bolesti u porodici.

Pokazalo mi se od pomoći ako su te informacije pripremljene u pisanoj formi – tako ostaje više vremena i prostora za detaljniji razgovor. Molim Vas da ovaj upitnik popunite i ponesete na naš prvi sastanak.

Individualna prošlost

Ime _____

Bolesti

Pojavljivalo se kod vas kao djetetu više puta: Kašalj / Bronhitis Želučane tegobe Iznenadne temperature
 Upale grla/ždrijela Upale uha

Neka druga bolest: _____

Nesreće

Molim Vas navedite detalje i godinu eventualnih kontuzija, opekline, lomova kostiju i sličnih povreda:

Operacije

Molim Vas kratko navedite sve operacije kojima ste se morali podvrgnuti (navesti godinu):

Imunizacija

Molim Vas navedite da li ste i kad (god.) imali reakciju na dobijenu vakcinu i opišite je:

Uzimanje lijekova

Navedite medikamente koje uzimate – također, eventualne homeopatske lijekove:

Obiteljska prošlost

Majka: Zanimanje _____

Opće zdravstveno stanje _____

Specifične zdravstvene tegobe _____

Otac: Zanimanje _____

Opće zdravstveno stanje _____

Specifične zdravstvene tegobe _____

Molim Vas navedite, koliko je moguće zdravstveno stanje i sve ozbiljnije bolesti braće i sestara, te djedova i baka/nena:

Molim Vas navedite (ili se raspitajte kod roditelja) da li ima ili je bilo nešto od navedenih bolesti u Vašoj bližoj porodici:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alkoholizam | <input type="checkbox"/> Artritis / Reuma / Giht | <input type="checkbox"/> Alergije |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Visok krvni tlak | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ekcem | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe |
| <input type="checkbox"/> Duševne bolesti | <input type="checkbox"/> Kožni problem | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herpes (oralni/genitalni) | <input type="checkbox"/> Srčani problemi | <input type="checkbox"/> Peludna groznica |
| <input type="checkbox"/> Rak | <input type="checkbox"/> Čir na želucu | <input type="checkbox"/> Multiple skleroza |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Povrede glave | <input type="checkbox"/> Moždani udar |
| <input type="checkbox"/> Suicid | <input type="checkbox"/> Tuberkuloza/TBC | <input type="checkbox"/> Bradavice |

Druge bolesti koje nisu navedene:

