

Fragebogen zum Medizinischen Hintergrund

Jede homöopathische Behandlung beginnt mit einem ausführlichen Gespräch, der Anamnese. Dabei werden neben dem aktuellen Krankheitsgeschehen auch frühere Erkrankungen und Krankheiten in der Familiengeschichte beleuchtet.

Es hat sich mir als hilfreich erwiesen, wenn diese Informationen bereits schriftlich vorliegen – so bleibt mehr Zeit und Raum für ein ausführliches Gespräch. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und bringen Sie ihn an unser erstes Treffen mit.

Persönliche Vorgeschichte

Name _____

Krankheiten

Trat bei Ihnen als Kind wiederholt auf: Husten/Bronchitis Magenbeschwerden plötzliches Fieber
 Hals-/Racheninfektionen Ohrinfektionen

Irgendeine andere Erkrankung: _____

Unfälle

Bitte geben Sie Details und Jahr von allfälligen Stürzen, Verbrennungen, Knochenbrüchen und sonstigen Verletzungen an:

Operationen

Bitte notieren Sie kurz alle Operationen, deren Sie sich bis heute unterziehen mussten (mit Jahresangabe):

Impfungen

Bitte notieren Sie, ob und wann (Jahr) es auf eine Impfung bei Ihnen eine Reaktion gegeben hat und beschreiben Sie diese:

Medikamenteneinnahme

Bitte notieren Sie die Medikamente, welche Sie zum jetzigen Zeitpunkt einnehmen – auch allfällige homöopathische Mittel:

Familiäre Vorgeschichte

Mutter: Beruf _____

Genereller Gesundheitszustand _____

Spezifische Gesundheitsprobleme _____

Vater: Beruf _____

Genereller Gesundheitszustand _____

Spezifische Gesundheitsprobleme _____

Bitte notieren Sie wenn möglich den Gesundheitszustand und alle ernsthafteren Krankheiten ihrer Geschwister und Grosseltern:

Bitte prüfen Sie (oder finden Sie durch Befragung zB. der Eltern heraus), ob in der folgenden Aufzählung Krankheiten aufgelistet sind, die in Ihrer engsten Familie vorkommen oder vorgekommen sind:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> Arthritis / Rheuma / Gicht | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Geisteserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herpes (oral/genital) | <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Schädel/Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Tuberkulose/TBC | <input type="checkbox"/> Warzen |

Andere, nicht aufgelistete Erkrankungen:

