

Kurzfragebogen Homöopathie/Komplementärmedizin



Personalien

Vor- und Zuname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
Email: _____

1. Hauptbeschwerden

Bitte schildern Sie Ihre Hauptbeschwerden in der Reihenfolge des Schweregrades.

Wie waren Beginn, bisheriger Verlauf, Beeinflussbarkeit durch äußere Faktoren, z.B. Kälte, Wärme, Körperhaltung, Trinken, Essen, Wetter, Stress, Überarbeitung?.

1. Hauptbeschwerde

2. Hauptbeschwerde

3. Hauptbeschwerde

2. Frühere Erkrankungen und Behandlungen

Notieren Sie bitte alle Erkrankungen, Operationen, Unfälle in chronologischer Ordnung (bitte starten mit der ersten Erkrankung in der Kindheit usw.) mit dem ungefähren Jahr des Auftretens. Soweit Sie es wissen, sind auch Dauer der Erkrankung sowie die Behandlung wichtig.

3. Allgemeines

Sind Sie verfroren oder ein warmer Typ? Sind Sie empfindlich auf Wetterwechsel, Zugluft, Nässe oder Sonne/Hitze?

Kommt es zur Schweißbildung, wenn ja, wo?

Wie ist der Schlaf? Gibt es wiederkehrende Träume?

Gibt es Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen, wenn ja, welche?

4. Familienanamnese

Bitte machen Sie Angaben zu den wichtigsten Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Krebs, Herz-, Lungen-, Haut-, Geschlechtserkrankungen, Rheuma, Suchtkrankheiten, Autoimmunkrankheiten, Neurologische Erkrankungen, Infektanfälligkeit, Eiterungen, Herpes, Migräne, Zahnprobleme usw.)

Geschwister	Geschwister	Patient	Geschwister	Geschwister
-------------	-------------	---------	-------------	-------------

Geschwister Tante/Onkel	Geschwister Tante/Onkel	Mutter	Vater	Geschwister Tante/Onkel	Geschwister Tante/Onkel
----------------------------	----------------------------	--------	-------	----------------------------	----------------------------

Geschwister/Groß- Tante/Onkel	Vater/Opa	Mutter/Oma	Mutter/Oma	Vater/Opa	Geschwister Tante/Onkel
----------------------------------	-----------	------------	------------	-----------	----------------------------

Mutter/Uroma	Vater/Uropa	Mutter/Uroma	Vater/Uropa	Vater/Uropa	Mutter/Uroma	Vater/Uropa	Mutter/Uroma
--------------	-------------	--------------	-------------	-------------	--------------	-------------	--------------

5. Ergänzungen, Bemerkungen, Sonstiges

Bitte notieren Sie hier alles, was Sie sonst noch für wichtig für Ihre Behandlung halten