

# Fragebogen zur homöopathischen Behandlung



## Personalien

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

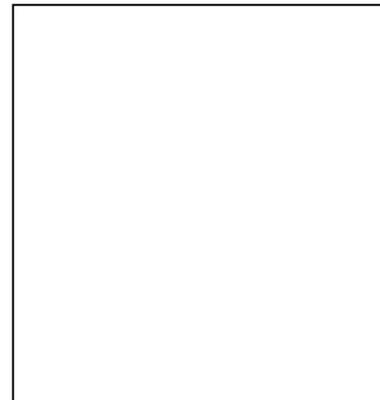
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte kleben Sie hier ein Photo von sich ein!



## 1. Hauptbeschwerden

Bitte schildern Sie Ihre Hauptbeschwerden in der Reihenfolge des Schweregrades.

Wie waren Beginn, bisherigen 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 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. Persönliche Vorgeschichte

Besonderheiten bei Geburt, Säuglings-, Kleinkind-, Schulkindalter oder in der Pubertät?  
Ausschläge? Unverträglichkeiten? Impfkomplicationen? Bettnässen? Entwicklungsprobleme?

Bei Kindern: Wann konnte Ihr Kind frei laufen? Wie war die Sprachentwicklung? Wann kam der 1. Zahn?

### 4. Allgemeines

Sind Sie verfroren oder ein warmer Typ?

Kommt es zur Schweißbildung, wenn ja, wo?

Wie ist der Appetit?

Wie ist der Durst (kalte/warme Getränke)?

Wie ist der Konsum von Stimulantien (Kaffee, Nikotin, Alkohol)?

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

Gibt es Heißhunger auf bestimmte Speisen, z.B. Milch, Fett, Eier, Geräuchertes, Fleisch, Fisch, Salziges, Saures, Scharfes, Bitteres, Süßes?

## 5. Verdauung

Gibt es Beschwerden mit dem Magen (Aufstoßen, Sodbrennen, Völlegefühl, Schmerzen) oder Darm (Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Hämorrhoiden)?

## 6. Harnwege

Probleme mit Niere, Blase, Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Harnabgang, Wasserlassen?

## 7. Schlaf

Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, wiederkehrende Träume, Schnarchen, Zähneknirschen, Schwitzen, Speichelfluss, Sprechen, Weinen, Schlafwandeln, Zu- oder Aufdecken?

## 8. Sonstiges

Kopf (Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Ohnmacht)

Augen (Sehen, Tränenfluss, Entzündungen, Reizungen)

Ohren (Hören, Entzündungen, Ausfluss)

Nase (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten)

Mund (Geschmackssinn, Gefühl, Zungenbelag, Aphthen)

Lippen (Risse, Blasen, Herpes)

Zähne/Zahnfleisch (Karies, Farbe, Schwellungen, Zahnschmerzen, Zahnfleischbluten)

Hals (Mandeln, Schluckprobleme, Stimmstörungen)

Lunge, Bronchien (Entzündungen, Asthma, Husten)

Herz (Herzrasen oder –stolpern, Herzenge, Herzinfarkt)

Bewegungsapparat (Rheuma, Gicht, welche Gelenke sind betroffen)

Bauch (Koliken, Schmerzen, Leistenbruch)

Haut (Hautausschläge, Herpes, Gürtelrose, Akne, Eiterungen, Gerstenkörner, Risse an Mundwinkel, Ohrläppchen oder After, Warzen, vermehrte Hornhaut oder Schwielen)

Nägel (rissig, eingewachsen, Umlauf, Nägelkauen)

Krampfadern

Haare (trocken, fettig, Schuppen, Haarausfall)

Wundheilung

Allergien

Sexualität, sexuell übertragbare Krankheiten

## 9. Nur für Frauen

Erste Regel, Regelbeschwerden, Dauer des Zyklus, Dauer und Art der Regelblutung, Ausfluss, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaften und Geburten, Fehlgeburten, Gebärmutter senkung

## 10. Wie vertragen Sie...

Licht, Geräusche, Gerüche, enge Kleider, Zugluft, Bewegung, Sonne, Wind, warmes Zimmer, Wasser?

## 11. Geistes- und Gemütssymptome

Ängste (Tiere, Dunkelheit, Alleinsein, Höhenangst, Gewitter, Menschenmenge, enge Räume), Willenskraft, Selbstvertrauen, Gedächtnis, Stimmung, größter Kummer

## 12. Familiäre Situation

Familie, Beruf, Hobby, Zukunftspläne

## 13. Sozialanamnese

Bitte schildern sie Ihre derzeitige Lebenssituation

Bitte schildern Sie die Lebenssituation als Kind (z.B. Verhältnis zu den Eltern, Geschwistern, Freunde, usw.)

Bitte schildern Sie Ihren schulischen und beruflichen Lebenslauf.

## 14. Familienanamnese

Bitte machen Sie Angaben zu den wichtigsten Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Krebs, Herz-, Lungen-, Haut-, Geschlechtserkrankungen, Rheuma, Unfälle, Suchtkrankheiten, Autoimmunkrankheiten, neurologische oder psychische 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
--------------	-------------	--------------	-------------	-------------	--------------	-------------	--------------

## 15. Ergänzungen, Bemerkungen, Sonstiges

(notieren Sie bitte, was Sie noch für Ihre Behandlung berücksichtigt wissen möchten)