

Name:.....

Sehr geehrte/r Patient/in,
der homöopathische Fragebogen ist eine wichtige Grundlage Ihrer Behandlung. Wir bitten Sie daher, ihn gewissenhaft auszufüllen.

1. Allgemeine Angaben:

Name, Vorname:

Krankenkasse/Versicherung:

Adresse:

Tel. / Handy /E-mail:

Wann und wo gut zu erreichen:

Geburtsdatum:

Familien-/Beziehungssituation (2-3 Sätze):

.....
.....

Berufs-/Ausbildungssituation (2-3 Sätze) :.....

.....
.....

Hobbies/Aktivitäten/Interessen:.....

.....
.....

2. Familienanamnese:

Unter welchen schweren Krankheiten litten Ihre Verwandten (Großeltern, Eltern und Geschwister)?

.....
.....

3. Impfungen:

Gegen welche Krankheiten wurden Sie geimpft?

.....

Gab es Reaktionen nach einer Impfung?

.....

4. Überstandene Krankheiten und Beschwerden:

Unter welchen Krankheiten und Beschwerden litten Sie als Kind?

.....
.....
.....

Unter welchen Krankheiten und Beschwerden litten Sie als Erwachsener?.....

.....
.....
.....

5. Aktuelle Krankheiten und Beschwerden:

Damit sind weitere zur Zeit vorhandene körperlichen Beschwerden und Symptome gemeint. Angaben zu den Kopfschmerzen sind hier nicht mehr notwendig (siehe Kopfschmerz-Fragebogen). Zu den aktuellen Beschwerden gehören auch beispielsweise starke Temperaturempfindlichkeit; emotionale Probleme in unterschiedlichen Situationen oder mit bestimmten Menschen; Ängste; Konzentrationsstörungen; ständige Müdigkeit etc. Auch Merkwürdiges kann dazu gehören, beispielsweise Übelkeit durch Kaffeegeruch nur morgens, oder Niesen beim in die Sonne blicken, etc.

Fragen Sie sich was Sie alles wirklich stört, und schreiben Sie dieses Punkt für Punkt in die umseitige Tabelle.

Ergänzen Sie bitte, ob Ihnen bei einzelnen Beschwerden etwas aufgefallen ist, was diese beeinflusst (verbessert oder verschlechtert), z.B. Bewegung oder Ruhe, Hitze oder Kälte, bestimmte Körperhaltungen, Tageszeiten etc., jedoch nur, wenn Sie dies deutlich an sich beobachten.

Um Ihren Gesundheitszustand möglichst gut einschätzen zu können, müssen wir wissen, wie sehr Ihre Beschwerden Sie momentan stören, wie stark Sie diese empfinden, bzw. wie stark diese Sie beeinträchtigen. Unsere Messinstrumente sind dabei nicht Thermometer, Laborwerte oder Sonographie, sondern Ihre eigene Wahrnehmung, Ihr subjektives Erleben. Sie selbst sind unser „Messinstrument“!

Kreuzen Sie einfach an wie es sich für Sie anfühlt (nicht wie Sie denken, dass es sein sollte). Vertrauen Sie Ihrer Wahrnehmung und bewerten Sie spontan, ohne viel zu grübeln.

Name:.....

Aktuelle Krankheiten und Beschwerden (Besserung durch + /Verschlechterung durch -)

	Stört extrem	Stört sehr	Stört ziemlich	Stört etwas	Stört kaum
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>