

# FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE für Erwachsene

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- Ausgefüllter Fragebogen
- Aktuelles Farbfoto
- Vorhandene Vorbefunde, Arztbriefe, Bildgebungen, Laborwerte etc.
- Impfpass

Name:	_____	Titel:	_____	Alter:	_____	Geburtsdatum:	_____			
Adresse:	_____									
Tel. (priv.):	_____			Tel. (Handy/geschäftlich):	_____					
Email:	_____			Beruf:	_____					
Steuernummer und/oder Versicherungsnummer:				_____			Privatversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Familienstand:				<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	Anzahl der Kinder:	_____
An mich empfohlen durch:				_____						
Hausarzt/Facharzt:				_____						

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zurzeit?

Therapieform	seit wann?	Ergebnis?

Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gallensteine
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kropf
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mononukleose/EBV	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonnenstich	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Tripper	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Alkohol- / Drogen- missbrauch	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen- beschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall / Schwere Verletzung

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Gab es Erkrankungen, nach denen Sie sich lange nicht richtig erholt haben? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich? \_\_\_\_\_

Wurden Sie je in irgendeiner Form misshandelt oder missbraucht? \_\_\_\_\_

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? (wenn ja, wieviel?) \_\_\_\_\_

Hatten Sie je Nebenwirkungen von Impfungen? (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

## Welche Operationen hatten Sie?

Operation	wann?	Komplikationen?

## Nur für Frauen:

Alter bei der ersten Menstruation: \_\_\_\_\_

Dauer eines Regelzyklus in Tagen (z.B. 28 Tage): \_\_\_\_\_ Tage.

Dauer der Regelblutung in Tagen (z.B. 4 Tage): \_\_\_\_\_ Tage.

Beschwerden vor der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_

Beschwerden während der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_

Beschwerden nach der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_

Beschwerden durch Ausfluss (wenn ja, Art des Ausflusses?) \_\_\_\_\_

## Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie? In welchen Mengen?

Zigaretten/Tabak:	Drogen:
Kaffee:	Alkohol:

## Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

(z.B. Tripper, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, Allergien, Gelenkerkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Kropf, Hauterkrankungen, Herzerkrankungen, Krebs, Lähmungen, Lungenentzündungen, psychische Erkrankungen, u.a.)

Verwandter	Alter	Sterbealter	Krankheit(en) / Todesursache
Mutter			
Vater			
Geschwister			
Kinder			
Großmutter mütterlicherseits			
Großvater mütterlicherseits			
Großmutter väterlicherseits			
Großvater väterlicherseits			
Tanten / Onkeln			

**Machen Sie bitte ein Kreuz (x) wenn Sie das beschriebene Nahrungsmittel mögen / nicht mögen / nicht vertragen; machen Sie zwei Kreuze (xx), wenn dieses Mögen / Nichtmögen / Nichtvertragen sehr stark ist! (Wichtig: ausfüllen nach "Gusto", unabhängig davon, ob Sie ein Nahrungsmittel für gesund halten!!)**

	MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN
Äpfel				Heißes				Salzig			
Bier				Kaffee				Sauer			
Bitter				Kaltes				Sauerkraut			
Bohnen				Kartoffeln				Scharf			
Brot				Käse				Schokolade			
Butter				Knoblauch				Speck			
Eier				Kohl				(Speise-)Eis			
Essig				Meeresfrüchte				Spirituen			
Fettes				Milch				Suppe			
Fisch				Nudeln				Süßigkeiten			
Fleisch				Obst				Tee			
Gemüse				Orangen				Tomaten			
Gesalhtes				Reis				Wein			
Gurken				Rohkost				Zwiebeln			
Sonstiges:											