

FRAEDEBOGEN 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: _____ | Privatversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Steuernummer und/oder Versicherungsnummer: _____ | | | |
| 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"/> Gelenksentzündung | <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"/> Herzerkrankungen | <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- / Drogenmissbrauch | <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenbeschwerden | <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 | | | | Spirituosen | | | |
| Fettes | | | | Milch | | | | Suppe | | | |
| Fisch | | | | Nudeln | | | | Süßigkeiten | | | |
| Fleisch | | | | Obst | | | | Tee | | | |
| Gemüse | | | | Orangen | | | | Tomaten | | | |
| Geselchtes | | | | Reis | | | | Wein | | | |
| Gurken | | | | Rohkost | | | | Zwiebeln | | | |
| Sonstiges: | | | | | | | | | | | |