

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Eine erfolgreiche homöopathischen Behandlung basiert auf der Kenntnis des aktuellen Befindens, aber auch auf der Kenntnis der persönlichen und familiären Geschichte, denn daraus können wichtige Zusammenhänge klar werden. Dafür ist dieser Fragebogen gedacht. Und er verkürzt das Anamnesegespräch. Bitte beantworten Sie die Fragen daher so gut wie möglich. Eventuell ist etwas Nachforschung nötig. Wir werden den ausgefüllten Bogen dann miteinander besprechen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Name

Geburtstag

Adresse

Krankenkasse

Beihilfeberechtigt

Telefon

Email

Beruf

frühere Berufsausübungen

Freizeit, Sport, Hobby

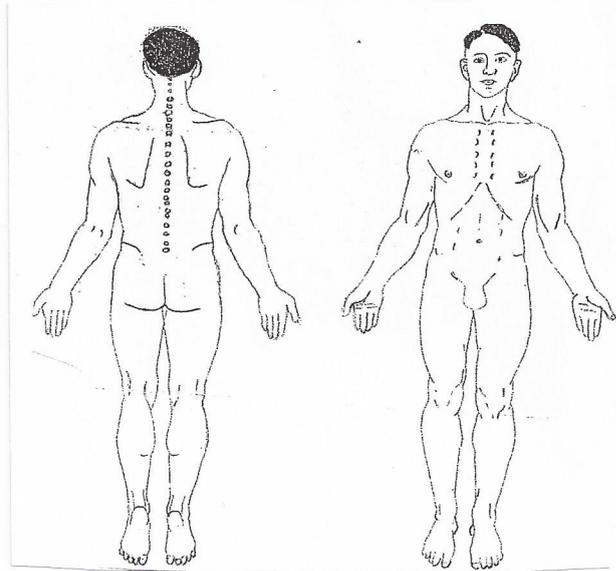
Hausarzt

Facharzt

Therapeut

Medikamente / Verhütungsmittel / Nahrungsergänzungsmittel
seit wann, Stärke, Einnahmezeit

Was sind Ihre **hauptsächlichen Beschwerden**? Markieren Sie bitte den Ort Ihrer Beschwerden.



Seit wann haben Sie sie und wie äußern diese sich?

Wie sind Ihre Schmerzen:

stechend, bohrend, reißend, schießend, brennend, klopfend, drückend, ausstrahlend

Wann treten die Beschwerden auf?

regelmäßig, nach einem bestimmten Schema, völlig unberechenbar

Was bessert die Beschwerden, wodurch lassen sie nach?

Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Bewegung, Hunger, Essen, Stehen, Sitzen, Liegen, Schwitzen ...

Was verschlimmert?

Anstrengung, Ärger, Stress, Ruhe, Entspannung, Essen, Trinken, Schlafen, Bewegen, Alleinsein ...

Wann verschlimmern sich die Beschwerden? Gibt es ein zeitliches Muster?

Wie ist Ihre **Stimmungslage**?

ausgeglichen, angespannt, irritiert, ruhelos, ängstlich, traurig,

Wie ist Ihr **Schlaf**?

schlafe gut ein, schlafe durch, erwache erfrischt, brauche lange zum Einschlafen,
erwache nachts (wie oft, zu welcher Zeit), kann schlecht wieder einschlafen,
bin morgens wie gerädert

Wie ist Ihr **Stuhlgang**?

....x täglich /x in der Woche, regelmäßig, unregelmäßig
geformt, fest, dünn, weich, wässrig
hellgrau, gelbbraun, hellbraun, dunkelbraun, schwarz

Haben Sie für bestimmte Nahrungsmittel **Vorlieben bzw. Abneigungen**?

Süßes, Saures, Bitteres, Würziges, Fetttes

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht?

Haben Sie Süßverlangen?

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol? Wie oft, wie viel

Trinken Sie Kaffee? Wie viel

Nehmen Sie Drogen? Welche, wie oft

Welche weiteren **Nebenbeschwerden** haben Sie zur Zeit?

Welche Krankheiten gab es in Ihrer **Herkunftsfamilie**?
(Herz, Gefäße, Rheuma, Diabetes, Krebs, Hautkrankheiten, Allergien,
Schilddrüsenstörungen)

Vater:

Mutter:

eigene Geschwister:

Vaters Geschwister:

Mutters Geschwister:

Vaters Eltern:

Mutters Eltern:

Ihre Krankengeschichte

(Bitte mit Angabe des Alters bzw. in zeitlicher Reihenfolge, sofern möglich)

1. Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?
2. Welche Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?
3. Eventuelle Schwangerschaften und deren Verlauf
4. Auslandsreisen außerhalb Europas
5. wichtige Ereignisse (zb. Scheidung, Bankrott, Kündigung, Tod eines nahestehenden Menschen, Depression, Nervenzusammenbruch,)