

# FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- ein aktuelles *Farbfoto*
- Kopien etwaiger *Unterlagen* (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

|                                |  |  |  |                                   |  |
|--------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|
| Name: _____                    |  | Alter: ____                                |  | Geburtsdatum: _____               |  |
| Adresse: _____                 |  |  |  |                                   |  |
| Tel. (priv.): _____            |  | Versicherung: _____                        |  | Email: _____                      |  |
| Tel. (Handy): _____            |  | Familienstand: <input type="radio"/> ledig |  | <input type="radio"/> verheiratet |  |
|                                |  | <input type="radio"/> geschieden           |  | <input type="radio"/> verwitwet   |  |
| Tel. (geschäftlich): _____     |  | Fax: _____                                 |  |                                   |  |
| Beruf: _____                   |  |  |  | Anzahl der Kinder: ____           |  |
| Größe: _____                   |  | Gewicht: _____                             |  |                                   |  |
| An mich empfohlen durch: _____ |  |  |  |                                   |  |

## 1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

| Beschwerde | seit wann? | Ursachen / Auslöser? |
|------------|------------|----------------------|
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |
|            |            |                      |

## 2. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

| Medikament | seit wann? | Nebenwirkungen? |
|------------|------------|-----------------|
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |
|            |            |                 |

## 3. Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?

| Therapieform | seit wann? | Ergebnis? |
|--------------|------------|-----------|
|              |            |           |
|              |            |           |
|              |            |           |
|              |            |           |

#### 4. 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"/> 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                     | <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-<br>missbrauch | <input type="checkbox"/> Blasen-<br>entzündungen | <input type="checkbox"/> Gehirnhaut-<br>entzündung | <input type="checkbox"/> Lungenfell-<br>entzündung | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöh-<br>lenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schwere Unfall /<br>Schwere Verletzung |

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

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

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

Gibt es biographische Ereignisse, unter denen Sie heute noch leiden (Enttäuschungen, Gewalt, Missbrauch etc.) ? \_\_\_\_\_

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

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

#### 5. Welche Operationen hatten Sie?

| Operation | wann? | Komplikationen? |
|-----------|-------|-----------------|
|           |       |                 |
|           |       |                 |
|           |       |                 |
|           |       |                 |
|           |       |                 |

#### 6. 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?) \_\_\_\_\_

#### 7. Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

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

| Verwandter                   | Alter /<br>Sterbealter | Krankheit(en) / Todesursache |
|------------------------------|------------------------|------------------------------|
| Mutter                       |                        |                              |
| Vater                        |                        |                              |
| Geschwister                  |                        |                              |
| Kinder                       |                        |                              |
| Großmutter mütterlicherseits |                        |                              |
| Großvater mütterlicherseits  |                        |                              |
| Großmutter väterlicherseits  |                        |                              |
| Großvater väterlicherseits   |                        |                              |
| Tanten / Onkeln              |                        |                              |

**8. Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie? In welchen Mengen?**

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Zigaretten / Tabak: | Drogen:  |
| Kaffee:             | Alkohol: |

**9. 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       |       |             |                  | Wein         |       |             |                  |
| Gurken       |       |             |                  | Reis          |       |             |                  | Zwiebeln     |       |             |                  |
| Geräuchertes |       |             |                  | Rohkost       |       |             |                  | Sonstiges:   |       |             |                  |

**10. Ergänzen Sie hier bitte alles, was Sie noch für wichtig erachten bzw. wofür Sie oben zu wenig Platz hatten:**