

Homöopathischer Fragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient

Bitte füllen Sie den Fragebogen gründlich aus und senden Sie mir diesen vor unserem Termin zurück.

Bitte bringen Sie allfällige diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte und eine Kopie des Impfbüchleins mit.

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der die Patienten als Ganzes im Vordergrund stehen. Der Homöopath versucht bei jedem Patienten das Medikament zu finden, dessen Symptome den auffallenden Krankheitszeichen (Symptome) und der Persönlichkeit des Patienten am ähnlichsten ist. Es reicht also nicht aus der Krankheit oder dem Leiden einen Namen zu geben (Diagnose), wichtiger ist es den genauen Charakter des Patienten und seine Eigenheiten und Geschichte kennen zu lernen. Erst diese Informationen können zum richtigen homöopathischen Heilmittel führen.

Während des Gesprächs können Sie alles erzählen, was Sie beschäftigt. Fragen, die Ihnen zu persönlich sind, können Sie ohne weiteres unbeantwortet lassen, aber genau solche persönlichen Dinge sind sehr hilfreich in der Homöopathie für die Mittelfindung. Auch scheinbar unwesentliche, sogar nicht mit der Hauptbeschwerde im Zusammenhang stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen, können für die Wahl des homöopathischen Heilmittels ausschlaggebend sein.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Haben Sie Beschwerden welche im Fragebogen nicht abgefragt wurden oder nicht genau beantwortet werden konnten, bitte ich Sie, mir diese genau zu erläutern.

Personalien

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Beruf:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Größe:

Gewicht:

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden (Empfehlung durch, Internet, Zeitung, etc.)?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie über längere Zeit ein? (auch Hormone, pflanzliche- und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, usw.). Wenn Sie in letzter Zeit homöopathische Arzneien eingenommen haben, bitte ich Sie, mir diese mit Namen und Potenz aufzuführen. Lassen Sie sich eine Liste der Mittel Ihres vorherigen Homöopathen zusammenstellen.

Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz warum Sie zu mir kommen?

Sonstige Beschwerden

Kennen oder kannten

Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?

Bitte unterstreichen und ankreuzen und mit einem Stichwort kurz erklären

Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht, etc.)

Ja

Nein

Augen: (Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen, etc.)

Ja

Nein

Ohren: (Hören, Geräusche, Ausfluss, etc.)

Ja

Nein

Nase: (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten, etc.)

Ja

Nein

Mund: (Geschmackssinn, Gefühl, Speichel, Zunge, etc.)

Ja

Nein

Lippen: (Risse, Blasen, Haut, etc.)

Ja

Nein

Zähne: (Karies, Schmerzen, Farbe, etc.)

Ja

Nein

Zahnfleisch: (geschwollen, blutend, zurückgezogen, etc.)

Ja

Nein

Hals: (Mandeln, Schluckbeschwerden, Stimme, etc.)

Ja

Nein

Erkältungen: (Häufigkeit, etc. Ergänzungen auf Rückseite)

Ja

Nein

Lungen/Bronchien:

Ja

Nein

Herz:

Ja

Nein

Rücken, Gelenke, Arme, Beine:

Ja

Nein

Bauch, Verdauung, Harnorgane

Ja

Nein

Haut, Haare, Nägel, Wundheilung:

Ja

Nein

Sexualität:

Ja

Nein

Sonstiges: (Bitte auf Rückseite erwähnen.)

Ja

Nein

Für Kinder:

Wie verlief die Schwangerschaft und die Geburt (Kaiserschnitt, etc)?

Wie ist/war die Entwicklung? (Krabbeln, Aufstehen, Laufen lernen, Zahnung, Sprechen lernen, Intellekt, etc.)

Wurde geimpft? Wurden diese über längere Zeit gesehen vertragen oder wurden ganz allgemeine Probleme (nicht nur unbedingt mit der Impfung in Zusammenhang stehende Symptome oder Anfälligkeiten) einige Zeit (Wochen, Monate) nach der Impfung festgestellt? Bitte Kopie des Impfbüchleins beilegen!

Kinderkrankheiten?

Geist und Gemüt

Was waren die größten Sorgen/Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnis, Partnerschaft, Beruf, etc.)

Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in chronologischer (zeitlicher) Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle und Operationen, einschneidende Erlebnisse, usw. ein.

Bitte zu jedem Ereignis die Jahreszahl oder das Alter anfügen.

Diesen Teil bitte genau ausfüllen - Sehr wichtig!

0 Jahre (Geburt)

Heute

Familienanamnese

Nach Möglichkeit, bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursache und Alter der Angehörigen.

Auch dieser Teil ist wichtig und daher bestmöglich auszufüllen!

Urgroßeltern (Vaterseits)		Urgroßeltern (Mutterseits)	
Großvater (Vaterseits)	Großmutter (Vaterseits)	Großvater (Mutterseits)	Großmutter (Mutterseits)
Vater, Geb.Datum:		Mutter, Geb.Datum:	
Geschwister			
Alter:			

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Fall anonym veröffentlicht wird,
bitte entsprechendes ankreuzen:

Fall darf **nicht** veröffentlicht werden

Fall darf **anonym** veröffentlicht werden

Mit meiner Unterschrift (oder deren des gesetzlichen Vertreters) bestätige ich die oben
gemachten Angaben und dass ich alle Informationen auf dem mitgelieferten
Informationsblatt für Patienten verstanden und akzeptiert habe.

.

Ort/Datum:

Unterschrift: