

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

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

Name: _____ Alter: ____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____
 Tel. (priv.): _____ Tel. (Handy/geschäftlich): _____
 Versich.-Nummer: _____ Versicherung: _____ Wahlarztversicherung ja nein
 Familienstand: ledig verheiratet Lebensgemeinschaft geschieden verwitwet
 Beruf: _____ Email: _____ Anzahl der Kinder: ____
 An mich empfohlen durch: _____ Hausarzt/Facharzt: _____

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

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

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"/> 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- missbrauch	<input type="checkbox"/> Blasen- entzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhaut- entzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfell- entzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöh - lenbeschwerden	<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 misshandelt oder missbraucht? _____

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

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

