

## **Homöopathischer Fragebogen**

Die Homöopathie behandelt nicht nur Krankheitssymptome, sondern harmonisiert im Idealfall die krankhafte Veranlagung eines Menschen. Eine erfolgreiche homöopathische Behandlung verbessert die Krankheitssymptome, steigert das Wohlbefinden und führt zu einer Verbesserung der Gesundheit generell.

Für die ganzheitliche homöopathische Behandlung ist das Erfassen und Verstehen des erkrankten Menschen entscheidend. Zusätzlich zur umfassenden Fallaufnahme ist es sehr hilfreich zur Vorbereitung für die homöopathische Behandlung, den Fragebogen sorgfältig und leserlich auszufüllen, ggf gebrauchen Sie bitte ein extra Blatt wo der Platz nicht ausreicht.

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Telefon privat:**

**Telefon beruflich:**

**Fax:**

**e-mail:**

**Aktuelle Beschwerden:** Bitte beschreiben Sie genau Ihre aktuellen Beschwerden, z.B. wie erleben Sie die Beschwerden, seit wann, was begleitet, was verändert die Beschwerden, sowie den Intensitätsgrad der Beschwerden auf einer Skala von 1-10

(0=keine, 10 schwerstmöglich)

**Bitte beschreiben Sie sich selbst mit einigen Stichwörtern:**

<b>Krankengeschichte:</b> Bitte führen Sie chronologisch und tabellarisch Krankheiten, Unfälle sowie deren Behandlung auf, auch Kinderkrankheiten, Allergien.		
Datum	Erkrankung	Behandlung

<b>Familiengeschichte:</b> Bitte geben Sie Erkrankungen Blutsverwandter an, insbesondere Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Herz-Kreislaufferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems und Gemüts, Allergien, Suchterkrankungen	
<b>Mutter und mütterlicherseits Tante, Onkel, Großmutter etc</b>	<b>Vater und väterlicherseits, Tante, Onkel, Großmutter etc</b>
<b>Geschwister:</b> bitte nennen Sie Geschwister und ggf. deren Erkrankungen	

**Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel:** Bitte nennen Sie alle Medikamente (inkl. Pille) die Sie einnehmen, sowie Vitamine, pflanzliche Präparate etc und seit wann Sie diese nehmen.

**Bitte beschreiben Sie, welchen Einfluss die folgenden Umweltbedingungen auf Sie haben:**

Temperatur (heiß/kalt):

Sonne:

Wetter:

Gewitter:

Klima  
(Meer-, Gebirgsklima, trocken etc):

Jahreszeiten:

Tageszeit  
(Schwankungen des Befindens mit Uhrzeit):

Schwitzen (z.B. leicht,  
Geruch, an welchen  
Körperteilen);  
Schlaf (Qualität,  
Position, zugedeckt,  
aufgedeckt):

**Nahrungs-/Genussmittel:** Bitte beschreiben Sie Verlangen und Abneigung gegen Speisen, Getränke, Würzmittel (egal, ob Sie diese aus Gesundheitsgründen ausgeschlossen haben)

Verlangen:

Abneigung:

Verschlechterung des Wohlbefindens (welche Speisen, wie macht es sich bemerkbar):

Durst (wie viel, was trinken Sie):

Alkoholkonsum:

Zigaretten/Tabak:

---

**Bitte beschreiben Sie Beschwerden in den folgenden Organsystemen:**

Kopf:

Schwindel:

Hals/Nase/Ohr:

Mund/Zähne:

Magen:

Bauch;

Stuhlgang (Regelmäßigkeit, Häufigkeit, Farbe, Blut, Schleim, Hämorrhoiden, Fissuren):

Blase/Niere:

Geschlechtsorgane:

Herzkreislauf:

Lunge/Atemwege

Rücken/Gelenke

Haut:

|

**Impfungen;** Bitte nennen Sie alle Impfungen die Sie hatten, und eventuelle Reaktionen darauf:

**Für Frauen: Monatsblutung/Schwangerschaften;** Bitte beschreiben Sie ihre Blutung, in welchem Alter begann Sie, Zykluslänge, Dauer der Blutung, körperliches und Allgemeinbefinden vor, während, nach der Blutung.

Bitte nennen Sie Schwangerschaften und Ihr Befinden dabei und danach:

---

**Familien- und Wohnsituation:** Bitte beschreiben Sie Ihre Ehe/Beziehung (Beruf des Partners/Partnerin), Kinder (Alter)

**Lebensereignis:** Welches Ereignis hat **Ihr** Leben entscheidend beeinflusst und beschäftigt Sie vielleicht jetzt noch innerlich?

Haben Sie Informationen, wie Ihre **eigene Geburt** gelaufen ist? (Fremde Hilfe, Notsituation, schlechtes befinden danach etc.)