

# FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten Fragebogen
- Kopien vorhandener *Untersuchungsunterlagen* (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Alter: _____ Jahre
Adresse: _____	PLZ/Ort: _____
Tel. privat: _____	Mobil: _____
Tel. Geschäft: _____	
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet	
Beruf: _____	Anzahl Kinder: _____

## 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"/> Unfälle/Verletzungen	<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- / Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

