

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- etwaige Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name:	Titel:	Alter:	Geburtsdatum:
Adresse:			
Tel.:			
Versicherungs-Nummer:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
Beruf: _____		Email: _____	Anzahl der 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"/> 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:

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?)

Welche Operationen hatten Sie?

Operation	wann?	Komplikationen?

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?) _____

Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie? In welchen Mengen?

Zigaretten / Tabak:	Drogen:
Kaffee:	Alkohol:

