

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

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

Name: _____		Titel: _____		Alter: ____		Geburtsdatum: _____	
Adresse: _____							
Tel. (priv.): _____				Tel. (Handy/geschäftlich): _____			
Versich.-Nummer: _____		Versicherung: _____		Wahlarztversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> 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?) _____

