

**HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN**

(von Matthias Richter)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kinder/Jahrgänge: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Haarfarbe: \_\_\_\_\_ Kranken-Versicherung: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie dem Fragebogen ein Farbfoto von sich bei. Bogen und Behandlung unterliegen der Schweigepflicht. Beantworten Sie nur die Fragen, bei denen Ihnen eigene Besonderheiten oder Symptome auffallen. Wenn etwas „normal“ ist, muss es nicht extra erwähnt werden.

**A. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in homöopathische Behandlung?**

seit wann gibt es diese Beschwerden?

wo genau sind sie (falls bestimmbar)?

wie fühlen sich die Schmerzen an (falls vorhanden und beschreibbar)?

was bessert die Beschwerden (auch wenn vielleicht nur kurz Linderung eintritt)?

was verschlimmert die Beschwerden?

gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden schlimmer sind?

wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und welche? Berichte usw. bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

Welche Medikamente haben Sie in der letzten Zeit genommen oder nehmen Sie noch?

## B. In der Familie

Hat es bei Ihren **Vorfahren**, Geschwistern, sonstigen Blutsverwandten auffällige oder schwerwiegende Krankheiten gegeben? z.B. Krebs, psychische oder Geisteskrankheiten, Selbstmord, Süchte, Medikamentenmissbrauch, Impfschäden, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Gicht, Rheuma, Steinleiden (Nieren-/Gallensteine), Leberkrankheiten, Magen-Darm-Beschwerden, Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Hautkrankheiten, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern / Großeltern?

## C. Ihre eigene Vergangenheit

Welche **Infektions-** oder **Kinderkrankheiten** haben Sie durchgemacht? Welche besonders stark, wann, blieb etwas zurück? Welche antibiotisch behandelt?

Welche **Impfungen** haben Sie bekommen? Hatten Sie Impfreaktionen? Sind die Pockenimpfungen angegangen? Bitte den **Impfpass** mitbringen!

Welche **Operationen** wurden durchgeführt und wann war das?

Hatten Sie **Verletzungen**? z.B. auch Kaiserschnitt, Zangengeburt, Kopfverletzungen, Knochenbrüche, andere Unfälle, Schock usw.?

Was wissen Sie noch aus Ihrer **Kindheit**? gab es z.B. Auffälligkeiten in Ihrer körperlichen oder geistig-emotionalen Entwicklung? Hatten Sie besondere Ängste oder Verhaltensauffälligkeiten? Prägende Erlebnisse oder Traumatisierungen?

Hat es in Ihrer Vergangenheit in **bestimmten Regionen** oder **Funktionen** schon einmal stärkere Beschwerden gegeben (bitte unterstreichen und gegebenenfalls erläutern): Psyche, Schwindel, Kopf, Augen, Sehfähigkeit, Ohren, Hörfähigkeit, Nase, Geruchssinn, Gesicht, Mund, Zähne, Zunge, Mandeln, Hals, Schilddrüse, Magen, Bauch, Leber, Gallenblase, Darm, Bauchspeicheldrüse, Verdauung, Stuhlgang, Nieren, Blase, Prostata, Gebärmutter, Eierstöcke, Brüste, Genitalien, Kehlkopf, Atmung, Husten, Lungen, Herz, Kreislauf, Rücken, Arme und Beine, Muskeln, Gelenke und Knochen, Haut, Fieber, Schwitzen/Frieren, Sonstiges? Können Sie das erste Auftreten dieser Beschwerden zeitlich (ungefähr) zuordnen?