

Homöopathischer Fragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient

Um eine genaue Anamnese (Befragung) durchführen zu können und um Ihre Beobachtungen anzuregen, bitte ich Sie mir diesen Fragebogen gründlich auszufüllen und : { ÄÄ } ^•^e!!!{ ä Ä ä ~ à!ä *^}. Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie nur möglich, denn jede Kleinigkeit kann bei der Mittelfindung von grosser Bedeutung sein. Sollten Sie sich zu einem Punkt nicht schriftlich äussern wollen oder können, markieren Sie die Frage und teilen es mir dann mündlich mit. Wichtig ist, dass Sie sich mit allen Fragen beschäftigen. Es wäre von Vorteil, wenn Sie diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte, den Impfausweis und ein Foto mitbringen können.

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der die Patienten als Ganzes im Vordergrund stehen. Der Homöopath versucht bei jedem Patienten das Medikament zu finden, dessen Symptome den auffallenden Krankheitszeichen (Symptome) und der Persönlichkeit des Patienten am ähnlichsten ist. Es reicht also nicht aus der Krankheit oder dem Leiden einen Namen zu geben (Diagnose), wichtiger ist es den genauen Charakter des Patienten und seine Eigenheiten und Geschichte kennen zu lernen. Erst diese Informationen können zum richtigen homöopathischen Heilmittel führen.

Während des Gesprächs können Sie alles erzählen, was Sie beschäftigt. Fragen, die Ihnen zu persönlich sind, können Sie ohne weiteres unbeantwortet lassen, aber genau solche persönlichen Dinge sind sehr hilfreich in der Homöopathie für die Mittelfindung. Auch scheinbar unwesentliche, sogar nicht mit der Hauptbeschwerde im Zusammenhang stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen, können für die Wahl des homöopathischen Heilmittels ausschlaggebend sein. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Dieser Fragebogen wird nie vollständig sein und ersetzt unter keinen Umständen eine professionelle hom. Anamnese. Er soll einfach helfen, möglichst keinen Bereich zu vergessen und bei der Anamnese etwas Zeit einzusparen. Haben Sie nun aber Beschwerden welche im Fragebogen nicht abgefragt wurden oder nicht genau beantwortet werden konnten, bitte ich Sie, mir diese genau zu erläutern. Sollte bei einigen Frage zu wenig Platz vorhanden sein, bitte ich Sie auf der Rückseite weiter zu schreiben und dies zu vermerken.

Personalien

| | |
|---------------|---------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ/Wohnort: |
| Telefon: | Mobiltelefon: |
| Beruf: | E-mail: |
| Geburtsdatum: | Familienstand |
| Grösse: | Gewicht: |
| Krankenkasse: | |

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

1. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie über längere Zeit ein? (Packungsbeilagen mitbringen (auch Hormone, pflanzliche- und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, usw.). Wenn Sie in letzter Zeit homöopathische Arzneien eingenommen haben, bitte ich Sie, mir diese mit Namen und Potenz aufzuführen. Lassen Sie sich eine Liste der Mittel Ihres vorherigen Homöopathen zusammenstellen.

2. Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz warum Sie zu mir kommen? (Sollten Sie mehr Platz brauchen, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter).

3. Erwartung

Was erwarten Sie von der homöopathischen Behandlung?

4. Schwitzen / Temperatur

Wann und in welchen Situationen schwitzen Sie?

Wie stark schwitzen Sie?

An welchen Körperteilen schwitzen Sie am stärksten?

Wie ist der Schweiß? warm kalt klebrig
 ölig färbt die Wäsche
 ätzt Löcher in die Wäsche

Wie ist der Geruch? faulig scharf sauer nach Urin

Wie fühlen Sie sich während/nach dem Schwitzen?

Wie ist Ihre Körpertemperatur? Heiss/Warm
 Kalt/Frostig

Ertragen Sie heisses oder kaltes Wetter/Temperaturen besser?

Wie ist die gefühlte Temperatur Ihrer Extremitäten (Hände, Füsse, etc)?

heiss, brennend
 kalt

Wann und wo trifft das zu? (z.B. Im Bett, Abends, etc...)

5. Essen und Trinken

Haben Sie bei den unten stehenden Lebensmitteln besonderes Verlangen (mit „x“ markieren), Abneigung (mit „o“ markieren) oder Reaktionen wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall, etc.?

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> süss/Zucker | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> fettes Fleisch |
| <input type="checkbox"/> geräuchertes Fleisch | | <input type="checkbox"/> Fleisch allg. | <input type="checkbox"/> Fisch/Meeresfrüchte |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Früchte | <input type="checkbox"/> Zwiebeln | <input type="checkbox"/> Knoblauch | <input type="checkbox"/> Gemüse |
| <input type="checkbox"/> Blähende Speisen (Kohl, Sauerkraut, etc.) | | <input type="checkbox"/> Gewürze | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Warmes Essen/Trinken | | <input type="checkbox"/> Kaltes Essen/Trinken | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> Tee |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Was ist Ihr Lieblingsessen (Lieblingslebensmittel) oder Getränk?

Was mögen Sie überhaupt nicht? Wogegen haben Sie eine Abneigung oder sogar Ekel?

Welche Lebensmittel, Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?

Haben Sie ein Durstgefühl? (oder trinken Sie nur genug, weil Sie wissen, dass es gesund ist?) Kann es vorkommen, dass Sie das Trinken vergessen?

6. Stuhlgang

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen/Wind |
| <input type="checkbox"/> spez. Geruch | <input type="checkbox"/> Explosionsartiger Stuhl | |
| <input type="checkbox"/> starkes Pressen | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (unwillkürlicher Stuhlabgang) | |

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

7. Urin, Wasserlassen

Gibt es allg. beim Wasserlassen irgendwelche Probleme? Wenn ja, welche?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Riecht der Urin auffällig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kennen Sie unwillkürliches Wasserlassen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

8. Sonstige Beschwerden

Kennen Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?
Bitte unterstreichen und ankreuzen.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augen: (Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohren; (Hören, Geräusche, Ausfluss, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nase: (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Mund: (Geschmackssinn, Gefühl, Speichel, Zunge, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lippen: (Risse, Blasen, Haut, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Zähne: (Karies, Schmerzen, Farbe, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zahnfleisch: (geschwollen, blutend, zurückgezogen, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hals: (Mandeln, Schluckbeschwerden, Stimme, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkältungen: (Häufigkeit, etc. Ergänzungen auf Rückseite) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungen/Bronchien: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herz: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rücken, Gelenke, Arme, Beine: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bauch: (Schmerzen, Erbrechen, Blähungen, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haut, Haare, Nägel, Wundheilung: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sexualität: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstiges: (Bitte auf Rückseite erwähnen.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

9. Für Frauen

Wie alt waren Sie bei der 1. Periode (Menarche)?

Gab es damals Schwierigkeiten? Ja Nein

Wie lange ist Ihr Zyklus?

Ist dieser regelmässig? Ja Nein

Wie lange dauert die Blutung? (Stärke, Farbe, Konsistenz)

Haben Sie Beschwerden (Schmerzen, Stimmungsschwankungen, etc.) Ja Nein

vor Blutung während Blutung nach Blutung

Besteht Ausfluss? Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie diesen: (Farbe, Geruch, Art, Jucken, etc.)

Haben Sie Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den Brüsten? Ja Nein

Schwangerschaftsverhütung? (Pille, Spirale, etc.) Ja Nein

Gibt es Beschwerden mit den Wechseljahren? Ja Nein

Fehlgeburten, allg. Gynäkologische Probleme,
Schwangerschaftsbeschwerden, etc.? Ja Nein

Sonstiges, bitte stichwortartig auführen:

10. Kindheit:

Wie verlief die Schwangerschaft und die Geburt (Kaiserschnitt, etc)?

Wie ist/war die Entwicklung? (Krabbeln, Aufstehen, Laufen lernen, Zahnung, Sprechen lernen, etc.)

Wurde geimpft? Wurden diese über längere Zeit gesehen vertragen oder wurden ganz allgemeine Probleme (*nicht nur unbedingt mit der Impfung in Zusammenhang stehende Symptome oder Anfälligkeiten*) einige Zeit (*Wochen, Monate*) nach der Impfung festgestellt? Bitte Kopie des Impfbüchleins beilegen!

Kinderkrankheiten?

11. Schlaf

Beschreiben Sie mir Ihre Schlafstellung? (Rücken, Seite, Haltung der Arme und Hände, etc.)

In welcher Stellung können Sie nicht schlafen? (Bitte begründen)

Besonderheiten während des Schlafs? (Schnarchen, Zähneknirschen, Schwitzen, Speichelfluss, Sprechen, Weinen, Lachen, Schlafwandeln, Schlaflosigkeit, Zuckungen, Zudecken, Abdecken, Hitze, Kälte, Erwachen, etc.)

Erwachen Sie in der Nacht immer um dieselbe Zeit? Wann? Ja Nein

Sind Sie morgens erfrischt? (Auch nach Mittagsschlaf, Nickerchen, etc.) Ja Nein

12. Allgemein

Wie vertragen Sie folgende Punkte?

| | SehrGut | Gut | Schlecht | SehrSchlecht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Heisses oder kaltes Wetter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regen, bewölktetes Wetter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frühling, Sommer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herbst, Winter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sturm, Gewitter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Warmes oder kalte Bäder..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonne, Mond (Vollmond)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langes stehen oder sitzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufwärts- oder Abwärtsschauen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Runterschauen von einem hohen Punkt (Turm)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| Anschauen von sich bewegenden Gegenständen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geräusche, plötzliche Geräusche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musik, Licht..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starke Gerüche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabakrauch..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berührung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enge Kleider (Kragen, Hosen, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kalte Füße..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaltes/Kühles Zimmer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Warmes Zimmer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frische Luft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wind..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Am Meer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommen Beschwerden bevorzugt auf einer Körperseite vor? Wenn ja, auf welcher?

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

Haben Sie Schwächegefühle? Ja Nein
 Falls Ja, beschreiben Sie diese genauer:

| Wie geht es Ihnen | Sehrgut | Gut | Schlecht | SehrSchlecht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vor der Periode..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nach der Periode..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vor, während, nach Schwitzen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Fasten (Hunger), nach dem Essen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Ärger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vor wichtigen Verabredungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vor Prüfungen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nach Weinen (Erleichterung od. Nicht)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Trost, Mitgefühl..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In einer Menschenmenge (Konzert, Kino, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In einem geschlossenen Raum (Lift, Zimmer, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Denken an Krankheiten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Morgens, Abends, Nachmittags, Nachts..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Baden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchzug, Luftzug..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Alleinsein..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Gesellschaft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei körperlicher Anstrengung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei geistiger Anstrengung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Treppensteigen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Abwärtsgehen oder -fahren..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Fahren (Auto, Bus, Zug, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Fliegen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegen auf dem Rücken und linke Seite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegen auf dem Rücken und rechte Seite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegen auf dem Bauch..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Geist und Gemüt

Was waren die grössten Sorgen/Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

Die grössten Freuden?

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders? (Ihre Leidenschaft)

Gibt es Beschäftigungen, denen Sie gar nicht gerne nachgehen?

Gibt es Stimmungen, Verhaltensweisen oder Charaktereigenschaften, welche Ihnen unangenehm sind, welche Sie (obwohl Ihnen bewusst), kaum beeinflussen können?

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnis, Partnerschaft, Beruf, etc.)

Wie ist die Beziehung zu Ihren Eltern und zu Ihren Kindern?

Wie sieht Ihre Zukunft aus? (Wünsche, Träume, Befürchtungen, Pläne?)

Gibt es Schwierigkeiten bei Ihren geistigen Fähigkeiten oder bei Ihrem Gedächtnis?

Ja Nein

Wie ist Ihre Erinnerung betreffend, Namen, Gesichter, Orten, Gelesenes, etc.?

Gut Schlecht

Wie ist Ihre Willenskraft und Ihr Selbstvertrauen?

Gut Schlecht

Haben Sie manchmal Gedanken, welche Sie lieber nicht hätten? Wenn ja, welche?

Haben Sie irgendwelche Ängste? (z.B. Tiere, Höhe, Enge Räume, Dunkelheit, viele Leute, Alleinsein, Räuber, Krankheiten, Tod, etc.)

Gibt es unangenehme Empfindungen? Welche?

Ja Nein

Können Sie vor anderen Leuten weinen? Mögen Sie Trost?

Werden Sie schnell gereizt?

Ja Nein

Was kann Sie wütend machen (ärgern/reizen)?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch und Kritik? (körperliche und psych. Symptome)

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft andere Menschen?

Sind Sie lieber alleine?

Ja Nein

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung/Unordnung?

14. Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl **in chronologischer (zeitlicher) Reihenfolge** alle von Ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle und Operationen, usw. ein. Beispiele dazu finden Sie in der linken Spalte (Sie dürfen diese erweitern) **Bitte zu jedem Ereignis die Jahreszahl anfügen. Diesen Teil bitte genau ausfüllen - Sehr wichtig!**

Kindheit:

Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Rachitis, Entwicklungsstörungen, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen, etc.

Kinder- und Infektionskrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Kinderlähmung, Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Lamblien, Parasiten, Würmer, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, Trichomonaden), Scheidenpilz, Nieren-, Blasenentzündungen, Stim-, Kieferhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknotenschwellungen, etc.

Haut:

Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphthen, Geschwüre, Pilzkrankungen, etc.

Unfälle, Verletzungen, Operationen:

Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, Kopfverletzungen, etc.

Allgemeine Krankheiten:

Krebs, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.

Allgemeines:

Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte, Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Alkohol, Bluttransfusionen, etc.

Prägende Ereignisse

Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastung, unterdrückte Emotionen, Todesfälle etc.

0 Jahre (Geburt)



15. Familienanamnese

Nach Möglichkeit, bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursache und Alter der Angehörigen. **Auch dieser Teil ist sehr wichtig und daher bestmöglich auszufüllen!**

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Urgrosseltern (Mutterseits) | | Urgrosseltern (Vaterseits) | |
| | | | |
| Grossvater (Mutterseite) | Grossmutter (Mutterseite) | Grossvater (Vaterseite) | Grossmutter (Vaterseite) |
| | | | |
| Mutter, Geb. Datum: | | Vater, Geb. Datum: | |
| | | | |
| Geschwister | | | |
| Alter: | | | |