



Name :		
Geboren :	Alter :	Titel :
Adresse		
Tel :	Email :	
Vers.nr. :	Versicherung :	
Wahlarztversicherung :	Beruf :	
Empfohlen durch :	Hausarzt :	

**Hauptbeschwerden – seit wann bestehen diese, was kommt als Ursache/Auslöser in Frage?,
Stärke (1 – leicht, 10 sehr beeinträchtigend):**

Beschwerde	Seit wann?	Ursache?	Stärke (1-10)

Was verbessert/was verschlechtert? (z.B. Bewegung, Ruhe, Gehen, Sitzen, Liegen, Wärme, Kälte, Uhrzeit, Sonne, Regen, ...)

Welche Medikamente nehmen Sie zu Zeit? Welche Nebenwirkungen spüren Sie?

Welche andere Therapieformen wenden Sie an, bzw. haben Sie schon angewendet?

Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie (oder ihr Kind) bisher im Laufe Ihres Lebens?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abszesse | <input type="checkbox"/> Erkältungen | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Kropf | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Leukämie | <input type="checkbox"/> Sonnenstich | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Libidoprobleme | <input type="checkbox"/> Sterilität | <input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Fieberblasen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Tripper | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Gelenkentzündung | <input type="checkbox"/> Impotenz | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Genitalausfluss | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Mononukleose | <input type="checkbox"/> Vaginale Trockenheit | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Genitalherpes | <input type="checkbox"/> Krätze | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Vaginismus | <input type="checkbox"/> schwerer Unfall |
| <input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch | <input type="checkbox"/> Genitalpilz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> schwere Verletzung |
| <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> Genitalwarzen | <input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Warzen | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Würmer | |



FAMILIENORDINATION
Homöopathie mit Herz

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHISCHE BEHANDLUNG

Welche Operationen hatten Sie?

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich?

Wovon haben Sie sich lange nicht vollständig erholt?

Haben Sie auf Impfungen mit Symptomen reagiert?

Wenn ja: Welche Symptome und auf welche Impfung?

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren? Wenn ja: Wieviel?

Für Mädchen & Frauen:

Wie lange dauert Ihr Zyklus?

Wielange die Regelblutung?

Welche Beschwerden treten davor, während oder danach auf?

Hatten Sie jemals Zysten, Myome oder einen auffälligen Pap-Abstrich?

Wieviel Schwangerschaften und Geburten hatten Sie?

Hatten Sie auch Fehlgeburten, Aborte oder Abtreibungen?

Konnten Sie stillen?

Gab es traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt?

Für Kinder:

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft und Geburt?

Gab es Auffälligkeiten während der Neugeborenen-Periode?

Wann kam der erste Zahn?

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

Wann konnte Ihr Kind gehen?

Wann konnte Ihr Kind sprechen?

Gab es andere Entwicklungsauffälligkeiten?



Musste Ihr Kind schon einmal ein Antibiotikum einnehmen? Wenn ja: Warum und wieoft?

Für Männer:

Hatten Sie schon einmal urologische Probleme? -----

War Ihr PSA-Wert (Prostata) schon einmal erhöht? -----

Für Männer + Frauen

Hatten Sie jemals ein Missbrauchserlebnis? -----

Hatten Sie jemals sexuelle Probleme? -----

Haben Sie Hormone eingenommen und gab es dabei Nebenwirkungen?

Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie und in welcher Menge:

Kaffee:	Tabak:
Alkohol:	Marihuana:
andere Drogen:	

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

Mutter: -----

Vater: -----

Großeltern: -----

Geschwister: -----

Onkel/Tanten: -----

Gab es eine Tuberkulose-Erkrankung in der Familie?

Gab es psychische Erkrankungen oder Selbstmord in der Familie?

Welche Krebserkrankungen kamen in Ihrer Familie vor?

Gibt es Personen die vor dem 70. Lebensjahr verstorben sind?



FAMILIENORDINATION
Homöopathie mit Herz

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHISCHE BEHANDLUNG

Welche der folgenden Nahrungsmittel mögen Sie (oder Ihr Kind) **besonders gerne** 😊, oder **besonders ungerne** 😞, oder **vertragen Sie nicht** 😡:

Äpfel	😊😞😡	Essig	😊😞😡	Heißes	😊😞😡	Milch	😊😞😡	Salzig	😊😞😡	Spirituosen	😊😞😡
Bier	😊😞😡	Fettes	😊😞😡	Kaffee	😊😞😡	Zwiebel	😊😞😡	Sauer	😊😞😡	Suppe	😊😞😡
Bitter	😊😞😡	Fisch	😊😞😡	Kaltes	😊😞😡	Obst	😊😞😡	Sauerkraut	😊😞😡	Süßigkeiten	😊😞😡
Bohnen	😊😞😡	Fleisch	😊😞😡	Kartoffeln	😊😞😡	Orangen	😊😞😡	Scharf	😊😞😡	Tee	😊😞😡
Brot	😊😞😡	Gemüse	😊😞😡	Käse	😊😞😡	Reis	😊😞😡	Schokolade	😊😞😡	Tomaten	😊😞😡
Butter	😊😞😡	Gesalhtes	😊😞😡	Knoblauch	😊😞😡	Rohkost	😊😞😡	Speck	😊😞😡	Unverdauliches	😊😞😡
Eier	😊😞😡	Gewürzt	😊😞😡	Kohl	😊😞😡	Salami	😊😞😡	Eis	😊😞😡	Wein	😊😞😡
Erdbeeren	😊😞😡	Gurken	😊😞😡	Meeresfrüchte	😊😞😡	Sand	😊😞😡	Scharf	😊😞😡	Zitronen	😊😞😡

Leben Sie vegetarisch/vegan oder nach einer anderen speziellen Ernährungsform?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja welche?

Bringen Sie zum Erstgespräch zusätzlich zu diesem ausgefüllten Fragebogen bitte Folgendes mit:

- Ein Foto
- Relevante Befunde
- Den Impfausweis
- Bei Kindern: Den Mutter-kind-pass

Wenn Sie im Laufe der Behandlung auch gerne per Messenger mit uns kommunizieren möchten, installieren Sie sich bitte „Signal-Messenger“ auf Ihrem Smartphone. Natürlich können Sie genauso persönlich oder telefonisch mit uns Kontakt aufnehmen – wir möchten nur darauf hinweisen, dass Whatsapp nicht den erforderlichen Datenschutz-Richtlinien entspricht.

Bitte achten Sie darauf, dass gewisse Dinge die Wirkung homöopathischer Arzneien beeinträchtigen können – darunter fallen:

- Kaffee
- gewisse ätherische Öle (Eukalyptus, Kampfer, Menthol, Minze)
- Impfungen
- Röntgen
- Zahnbehandlungen
- gewisse andere komplementäre Behandlungen

Falls Sie einer dieser Punkte in der nächsten Zeit betrifft, bitte beim Erstgespräch ansprechen, um die Art der Dosierung, Zeitpunkt und Häufigkeit der Einnahme darauf abstimmen zu können.

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!