

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- ein aktuelles *Farbfoto* (kann auch gemailt werden an: office@blaimschein.net)
- etwaige Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

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

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:

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

(z.B. Tripper, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, Allergien, Gelenkserkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Kropf, Hauterkrankungen, Herzerkrankungen, Krebs, Lähmungen, Lungenentzündungen, psychische Erkrankungen, u.a.)

Verwandter	Alter	Sterbealter	Krankheit(en) / Todesursache
Mutter			
Vater			
Geschwister			
Kinder			
Großmutter mütterlicherseits			
Großvater mütterlicherseits			
Großmutter väterlicherseits			
Großvater väterlicherseits			
Tanten / Onkeln			

Machen Sie bitte ein Kreuz (x) wenn Sie das beschriebene Nahrungsmittel mögen / nicht mögen / nicht vertragen; machen Sie zwei Kreuze (xx), wenn dieses Mögen / Nichtmögen / Nichtvertragen sehr stark ist! (Wichtig: ausfüllen nach "Gusto", unabhängig davon, ob Sie ein Nahrungsmittel für gesund halten!!)

	MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN
Äpfel				Heißes				Salzig			
Bier				Kaffee				Sauer			
Bitter				Kaltes				Sauerkraut			
Bohnen				Kartoffeln				Scharf			
Brot				Käse				Schokolade			
Butter				Knoblauch				Speck			
Eier				Kohl				(Speise-)Eis			
Essig				Meeresfrüchte				Spirituosen			
Fettes				Milch				Suppe			
Fisch				Nudeln				Süßigkeiten			
Fleisch				Obst				Tee			
Gemüse				Orangen				Tomaten			
Geselchtes				Reis				Wein			
Gurken				Rohkost				Zwiebeln			
Sonstiges:											