

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Angelika Rehe, Heilpraktikerin
Praxis für klassische Homöopathie
Greifenhagener Straße 50
10437 Berlin
Tel. 030 / 25 09 72 62

Alter: _____

Vorname/Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Geschwisterreihe/Anzahl: _____

E-Mail: _____

Gewicht: _____

Telefon: _____

Größe: _____

Besteht eine Versicherung zur Übernahme von
Heilpraktiker-Kosten (private VS, Zusatz-VS)?

Ja , welche? _____ nein

Erstkonsultation am: _____

Bringen Sie bitte ein Foto und das Impfbuch mit, außerdem **alle Medikamente inklusive Beipackzettel**, Augentropfen, Salben, Vitamin-Mineralpräparate, die Sie benutzen. Sollten **homöopathische Mittel** schon eingenommen worden sein, bringen Sie diese bitte mit, bzw. besorgen Sie eine genaue Auflistung.

Bitte bearbeiten Sie den Fragebogen möglichst sorgfältig. Zusammen mit dem Erstgespräch bildet er die Grundlage für die Behandlung nach den Regeln der klassischen Homöopathie.

Chronik:

Aus homöopathischer Sicht interessieren nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern auch alle Ihre früher schon aufgetretenen Krankheiten und Störungen.

Tragen Sie bitte stichwortartig Ihre **Beschwerden, Erkrankungen, Operationen** und die **medikamentöse Behandlung** ein: *Auf der letzten Seite finden Sie eine Erinnerungshilfe!*

<u>Lebensjahr:</u>	<u>Erkrankung</u>	<u>Behandlung</u>
1. Lj.
.....
.....
.....
.....
2. Lj
.....
.....
.....
.....

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Angelika Rehe, Heilpraktikerin
Praxis für klassische Homöopathie
Greifenhagener Straße 50
10437 Berlin
Tel. 030 / 25 09 72 62

Alter:

Vorname/Name:

Familienanamnese

Aus dem Kreise Ihrer Familie interessieren mich schwere Erkrankungen (auch wenn ausgeheilt) der Eltern, Geschwister, Tanten/Onkel, Großeltern und Urgroßeltern, soweit bekannt.

Tragen Sie bitte auch Todesursache und -alter ein.

Auf der letzten Seite finden Sie eine Erinnerungshilfe!

Urgroßeltern

Urgroßeltern

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Großmutter

Großvater

Großmutter

Großvater^

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Mutter

Geschwister
der Mutter

Vater

Geschwister
des Vaters

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Geschwister der Patientin/des Patienten:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Angelika Rehe, Heilpraktikerin
Praxis für klassische Homöopathie
Greifenhagener Straße 50
10437 Berlin
Tel. 030 / 25 09 72 62

Alter:

Vorname/Name:

Als Erinnerungshilfe, auch für die Familienanamnese:

- Kinderkrankheiten, welche?
- Erbleiden
- chronische, immer wiederkehrende, sehr hartnäckige und/oder schwere Erkrankungen
- Impfreaktionen / nicht angegangene Impfungen / Tuberkulinproben, Tub. Impfungen (BCG)
- angeborene Defekte / Missbildungen / Anomalien / Totgeburten
- Epilepsie / Krampfneigung
- Parkinson / multiple Sklerose / Lähmungen
- Alkoholismus / Suchtleiden
- Geistes- und Gemütskrankheiten / M. Alzheimer
- Meningitis (Hirnhautentzündung) / Encephalitis (Gehirnentzündung)
- Augenleiden / Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)
- Ohrerkrankungen / eiternde Ohrläppchen beim trage von Ohringen (z.B. Modeschmuck)
- Wurzelbehandelte Zähne / Amalgam
- Kropf / Schilddrüsenprobleme
- Herzkrankheiten / Gefäßerkrankungen / Venenleiden / Bluthochdruck / Schlaganfall / Arteriosklerose / Hörsturz
- Lungenkrankheiten / Bronchitis / Asthma / Tuberkulose
- Leberkrankheiten / Darmerkrankungen / Magenkrankheiten / Nierenerkrankungen / Neigung zu sog. Magendarminfektionen (z.B. Brechdurchfälle)
- Rheumatismus / Gicht / Steinleiden (Galle, Niere, Blase) / erhöhte Harnsäure / Diphterie
- Hüftgelenkarthrose / Hüftdysplasie
- Krebserkrankungen, welche?
- Allergieneigung, welcher Art?
- Hautkrankheiten / Warzen / Wucherungen, wildes Fleisch
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Übergewicht
- Geschlechtskrankheiten / urologische Behandlungen (u.U: des/der Intimpartner?) / genitale Pilzinfektionen (mit/ohne Ausfluss) / erhöhte PAP-Werte
- nächtlicher Speichelfluss
- Zähneknirschen im Schlaf
- eingewachsene Zehennägel / nach oben gewölbte Nägel (Löffelnägel)
- Operationen / Klinikaufenthalte
- Malaria / Typhus / Tropenreisen / Reisen nach Fernost
- Todesursache / Todesalter

Bitte nennen Sie alle gynäkologischen (frauenheilkundlichen) oder geburtshilflichen Probleme der Frauen Ihrer Familie (Mutter, Großmutter, Schwestern, Tanten, Cousinen, etc.) z.B.:

Menstruationsprobleme, Kinderlosigkeit, Fehl- und Totgeburten, Placenta praevia, Eileiterschwangerschaften, Frühgeburten, operative Entfernung der Placenta (Nachgeburt), Kaiserschnitte, Abtreibungen, Ausfluss, genitale Pilzinfektionen, Herpes genitalis, Condylome, Feigwarzen, sonst. Warzen, Eierstockentzündungen, Zysten, Eileiterverklebungen, Gebärmutterentzündungen, Krebs, Operationen, etc.
