

Anamnese Fragebogen

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Beruf:

verheiratet: geschieden, getrennt lebend:

Kinder: wie alt, geschlecht, zu Hause lebend...etc.

Komplette Anschrift:

Telefonnummer:

Liebe Patienten! Eine gründliche Fallerhebung ist in der homöopathischen Behandlung unerlässlich!

Bitte beantworten Sie mir folgende Fragen.

ZIEL-Formulierung (konkrete (s) Anliegen)

Liebe Patienten! Eine gründliche Fallerhebung ist in der homöopathischen Behandlung unerlässlich!

Bitte beantworten Sie mir folgende Fragen

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Hatte es unmittelbar **vor seiner jetzigen Erkrankung** irgendeine Erkrankung, Erkältung, Fieber, Anstrengung, Medikamentöse Behandlung?

Wie ist die **familiäre Situation**, gibt es Spannungen unter Familienmitgliedern?

Haben Sie einen guten Kontakt in der Familie? (Ursprungsfamilie und jetzige Familie?)

Gibt es ein Familiengeheimnis? Streit?

Welche **(ERB-)** Krankheiten sind Ihnen in ihrer Familie bekannt?

Welche **Infektionskrankheiten** hat ihr Kind durchgemacht?
Hat es mit **Ausschlägen** zu tun?

Welche Krankheiten hatte es?

Welche Operationen hatte es?

Verletzungen, Knochenbrüche, Unfall, Verbrennung, Schreck?

Wie steht es mit dem **Schlaf** ?

Welche **Sportarten** - Instrumente betreibt es?

Wie ist der **Appetit**?

Was **verträgt es nicht**? süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Eier, Mayonnaisen, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Kuchen, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Salate, Alkohol, Kaffee, Tee, Nikotin, Zwiebeln, Hülsenfrüchte. Kohl, Zwiebeln und Möhren (Calc, Lyc) Austern, Erdbeeren, Sepia.....irgendwelche Allergien?

Hatte es **Blasenentzündung, Nierenbeschwerden**?

Was war bisher der größte **Kummer** im Leben Ihres Kindes?

Hat es einen **Schreck oder Schock** erlebt?

Sorgt es sich sehr um jemanden?

Wie verträgt ihr Kind das **Alleinsein**? Wie wichtig ist Gesellschaft?

Welche Wirkung übt **getröstet** werden auf es auf?

Wann fühlt es sich **erschreckt oder ängstlich**?

Nachts, Dunkelheit, vor gewissen Krankheiten, allein zu sein, vor Diebstahl, vor bestimmten Tieren, vor dem Tod, vor Geistern, daß sie den Verstand verlieren, vor nächtlichen Geräuschen, vor Armut, Gewitter, Wasser u.s.w.

Welche **Impfungen** hat ihr Kind bekommen?

Wann war die letzte Impfung?

Hat es alle Impfungen gut vertragen?

Hatte es Impfungen für Auslandsreisen?

Bitte fügen Sie eine Kopie des Impfausweises bei!