

Fragebogen

(Bitte in Blockschrift ausfüllen, danke)

Personalien

Name	Familienname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Strasse	Ort	
_____	_____	
Telefonisch erreichbar	Beruf	
_____	_____	

Beschwerde die Sie homöopathisch behandeln möchten

Welche Krankheiten / Operationen hatten Sie früher? (in chronologischer Reihenfolge)

Datum	Krankheit/Operation	Eingenommene Medikamente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch selbst gekaufte, Hausmittel, Pille, Homöopathika)

Frühere Behandlungen und Therapien

Familienanamnese

Welche Krankheiten haben oder hatten Ihre Eltern, Grosseltern, Urgrosseltern, Onkel, Tante, Geschwister und Kinder? Woran sind diese evtl. gestorben? Bitte achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:

Asthma, Allergie, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krämpfe, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen.

Geschwister:

Eigene Kinder:

Mutter

Vater

Tanten

Tanten

Onkel

Onkel

Grossmutter

Grossmutter

Grosstanten

Grosstanten

Grossonkel

Grossonkel

Grossvater

Grossvater

Grosstanten

Grosstanten

Grossonkel

Grossonkel
