

Fragebogen

(Bitte in Blockschrift ausfüllen, danke)

Name

Familienname

Geburtsdatum

Beschwerde die Sie homöopathisch behandeln möchten?

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

Datum

Krankheit/Operation

Eingenommene Medikamente

| Datum | Krankheit/Operation | Eingenommene Medikamente |
|-------|---------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

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

Frühere Behandlungen und Therapien

Familienanamnese

Welche Krankheiten kamen oder kommen in Ihrer Familie vor? **Bitte achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:** Asthma, Lungenentzündungen, Bronchitiden, Allergie, Heuschnupfen, Pfeiffersches Drüsenfieber, 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

Tanten

Onkel

Grossmutter

Grossvater

Grosstanten,

Grossonkel

Vater

Tanten

Onkel

Grossmutter

Grossvater

Grosstanten,

Grossonkel

Weitere Verwandte
