

Fragebogen für eine Homöopathische Anamnese

Sie sind hierher gekommen, damit Sie gesund werden oder zumindest eine Besserung ihrer Beschwerden erfahren. Deshalb möchte ich das am besten passende homöopathische Arzneimittel finden. Um dieses zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen:

Das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden.

Deshalb sollten Sie ganz frei und möglichst vollständig die Fragen beantworten. Keine der Fragen ist unnötig und dient lediglich zur Findung des Arzneimittels

Anleitung zur Beschreibung der Beschwerden:

- Wo:** Bitte geben Sie den genauen Ort der Beschwerden oder Schmerzen an. Falls sich die Beschwerden ausbreiten, geben Sie auch dieses an.
- Wie:** Beschreiben Sie die Empfindungen der Beschwerden oder Schmerzen mit ihren eigenen Worten an (z.B. es tut weh, als wenn einer mit dem Messer sticht oder es kribbelt wie Ameisen).
- Wann:** Wann treten die Beschwerden auf (Tageszeit, Jahreszeit, Wetter, andere Einflüsse)?
- Wodurch:** Welche Faktoren verbessern oder verschlechtern die Beschwerden (kalter Wind, Ärger, Wärme, Kälte)? Nennen Sie auch auslösende Faktoren für die Erkrankung oder Beschwerden
- Absonderungen:** Bitte geben Sie die Menge, die Zeit oder die Bedingungen an, unter denen sich die Absonderungen verändern (z.B. Nase läuft nur an frischer Luft). Beschreiben Sie die Beschaffenheit, Konsistenz, Farbe und Geruch der Absonderungen.

Der Fragebogen hat mehrere Teile:

- 1. Persönliche Daten, Familienerkrankungen**
- 2. Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit**
- 3. Entwicklung, Impfungen, Nahrungsmittel**
- 4. Kopf-zu-Fuß-Anamnese**
- 5. Schweiß, Allgemeines**
- 6. Schlaf, Ängste**
- 7.-8. Charakter und Sozialverhalten**

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich, halten Sie nichts zurück, denn damit ermöglichen Sie eine gute homöopathische Verordnung . Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und in keiner Datenbank gespeichert.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Legen Sie bitte ein aktuelles Foto bei.

Datum:

Vorname und Nachname:

Straße und Wohnort:

Telefon:

Krankenkasse / Selbstzahler:

Geburtsdatum / zeit:

Schulbildung / Beruf:

tätig als:

Erkrankungen und tragische Ereignisse in der Familie

(chron. Erkrankungen, Geisteskrankheiten, Krebs, TBC, Hauterkr., Bluthochdruck, Asthma, Unfälle, Flüchtlinge, Suicide, Schock, ausgeschlossene Familienmitglieder,)

Verwandschaft	Erkrankungen/Todesursache	Alter
Vater		
Mutter		
Oma mütterl.		
Opa mütterl.		
Oma väterl.		
Opa väterl.		
Tante mütterl.		
Onkel väterl.		
Weitere:		

Schwangerschaft

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung soweit es Ihnen möglich ist.

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Welche psychischen Veränderungen erlebte Ihre Mutter in der Schwangerschaft?

Gab es bei Ihrer Mutter ungewöhnliche Nahrungsmittelverlangen oder -abneigungen? Welche Medikamente wurden eingenommen?

Geburt und Stillzeit

Wie verlief ihre Geburt ? Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, PDA, Narkosen...

Gab es Probleme während der Geburt? Schwache Herztöne, Sauerstoffmangel (blaues Baby)?

Apgartest: _____ Punkte (falls vorhanden)

Haben Sie angeborene Fehlstellungen, Missbildungen etc.?

Geben Sie bitte Gewicht, Größe und Kopfumfang bei der Geburt an!

Wie lange wurden Sie gestillt?

Gab es Probleme in der Stillzeit (Muttermilchabneigungen oder -erbrechen, Koliken, Durchfälle....)?

War das Abstillen unproblematisch?

Frühkindliche Entwicklung

Wann bekamen Sie Ihren 1. Zahn?

Wie verlief die Zahnung?

Wie ausgeprägt war die Krabbelphase?

Wann liefen Sie eigenständig?

Wie verlief Ihre sprachliche Entwicklung ? erste Worte, erste Sätze

Impfungen

Wann und welche Impfungen erhielten Sie ?

Gab es Reaktionen auf die Impfungen (z.B. Schlafstörungen, Wesensveränderungen, Asthma, Allergien, erhöhte Infektanfälligkeit, Fieber, Entzündung der Einstichstelle...)?

Nahrungsmittel

Welche Nahrungsmittel bevorzugen oder lehnen Sie ab? Was und wieviel trinkten Sie ?
(Milch, Eier, Fleisch, Gemüse, Obst, Fisch, salzig, scharf, sauer, Erde, Kalk, kalte o. warme Getränke, Brot, Gebratenes, Butter,...) Wie stark ist der Appetit? Wie schnell essen Sie ?
Verlangen:

Verlangen:	
Abneigungen:	

Kopf zu Fuß Anamnese

Schildern Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Unfälle !

Wann traten die Erkrankungen etc. das erste Mal auf? Welche Medikamente wurden eingenommen? Wie lange dauerten die Erkrankungen, sind Sie genesen?

Können Sie eine Ursache (Schock, Kummer, Überlastung, Kälteeinwirkung...) für die Erkrankungen nennen? Ordnen Sie die Erkrankungen dem entsprechendem Körperteil zu !

Kopf (Augen, Mund, Nase, Ohren, Schwindel, Gesicht, Zähne):

Hals (innerer und äußerer):

Brust:

Bauch/Darm/Rücken:

Genitalbereich/Blase:

Gliedmaßen:

Haut/Haare/Nägel/Wundheilung:

Schweiß/Fieber

Wie stark, wie schnell, an welchen Stellen und wann schwitzen Sie ?

Beschreiben Sie die Schweiß (Geruch, ölig, gelb, verfärbt Wäsche, warm, kalt...!)

Wann und in welcher Form hatten Sie das letzte mal Fieber ?

Allgemeines

Frieren Sie schnell oder ist Ihnen eher zu warm ?

Welches Wetter mögen Sie und welches nicht ?

Was verbessert Ihre Beschwerden ? (Meer, Berge, Wärme, Kälte, frische Luft...)

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Was mögen Sie gar nicht, welche Situationen, Orte oder Menschen meiden Sie ?

Was mögen Sie, was unternehmen Sie, damit es Ihnen gut geht ?

Schlaf

Schlafen Sie schnell ein ?

Falls Sie nachts erwachen, geben Sie bitte die Zeiten und Gründe an !

Erwachen Sie erfrischt?

Geben Sie bitte die Schlafzeiten (auch Mittagsschlaf) an.

In welcher Position schlafen Sie ? (Bauch, rechte oder linke Seite, Rücken, Arme unter dem Kopf, Knie angezogen...)

Träume

Leiden Sie unter Alpträumen ? Seit wann ? bitte kurz den Inhalt schildern

Wiederholen sich bei Ihnen gelegentlich bestimmte Themen in Ihren Träumen ? z.B. Wasser, Fallen...

Ängste

Wovor haben Sie Angst oder empfinden Ekel ? Dunkelheit, Gespenster, Monster, nachts, allein sein, Hunde, Katzen, Mäuse, Spinnen, Schlangen, Insekten, Höhen, enge Räume, neue Situationen, Vorträge, finanziell, Einbrecher, Zukunft etc.)

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie sich ängstigen ?

Charakter und Sozialverhalten

Bitte beschreiben Sie Ihre wesentlichen Charakterzüge .

Was können Sie gut?

Was fällt Ihnen schwer ?

In was oder wen würden Sie sich gern mal einen Tag verwandeln ?

Nennen Sie:
Lieblingsfarbe:
Lieblingstier:
Lieblingsmärchen:

Hobbies und Interessen :

Andere erwähnenswerte Eigenschaften von Ihnen :

Fällt es Ihnen leicht Freundschaften zu schließen?

Weinen Sie gelegentlich oder schnell ? Brauchen Sie dabei Trost ?

Wie schätzen Sie Ihre Konzentration ein ?

Wie wichtig ist Ihnen Ordnung ?

Werden Sie schnell wütend? Was macht Sie wütend? Wie zeigt sich Ihre Wut? Wie gehen Sie damit um?

Was erhoffen Sie sich von der homöopathischen Behandlung? In welchem Bereich Ihres Gemütes wünschen Sie sich Unterstützung?

Bitte geben Sie auf einem gesonderten Blatt in chronologischer Reihenfolge ihre bisherigen Erkrankungen an (von Geburt bis heute) !

z.B. 6 Monate - Milchschorf

2,5 Jahre - Neurodermitis usw.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

Ilka Neuendorf

Berlepscher Straße 4

37249 Neu-Eichenberg/Hermannrode

oder

ilka.neuendorf@t-online.de