

Anamnesebogen Erwachsene



Liebe Patient*innen,

die folgenden Angaben erleichtern mir die kommende erfolgreiche Behandlungsarbeit. Das passende homöopathische Arzneimittel, kann auf diese Weise schneller gefunden werden.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen dieses Fragebogens ein wenig Zeit, kreuzen Sie zutreffendes an oder ergänzen Sie, wenn erforderlich. Benutzen Sie auch gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn der Platz nicht ausreicht.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Was führt Sie zu mir? (Krankheit, Beschwerden, Problem)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche und wie oft?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wie äußern sich diese?

Wodurch werden Ihre Symptome besser? Wodurch werden sie schlechter?

Wo befinden Sie sich auf dem Stimmungsbarometer. Auf einer Skala von 1 (schlecht/depressiv bis 10 ich könnte die Welt umarmen?)

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Was ist das Ziel der Behandlung beziehungsweise was erhoffen Sie sich?

Sind Sie bereit in Ihrem Leben auch Veränderungen zuzulassen (Ernährungsumstellung...)

Worüber können Sie sich von Herzen freuen?

Was macht Sie wütend oder traurig?

Kreisen in Ihrem Kopf immer wieder die gleichen Gedanken, machen Sie sich diese Gedanken eher in Bezug auf die Vergangenheit oder auf die Zukunft?

Sind Sie lieber allein oder in Gesellschaft?

Sind Sie abergläubisch?

Können Sie sich schnell entscheiden oder wägen Sie eine Sache lange ab?

Die Vorgeschichte:

Können Sie sich erinnern, ob es bei Ihrer Geburt oder der Schwangerschaft Ihrer Mutter irgendwelche Beschwerden/Komplikationen gab?

Hatten Sie irgendwelche Kinderkrankheiten oder sonstige chronische Krankheiten, Unfälle, Operationen?

Gab oder gibt es Hauterkrankungen, falls ja wie wurden/werden diese behandelt?

Gibt es chronische oder Autoimmunerkrankungen?

Gibt es immer wiederkehrende Erkrankungen, z.B Herpes, Blasenentzündungen, Erkältungsneigung?

Hier zähle ich nun einige Problematiken auf, bitte unterstreichen Sie die, bei denen Sie sich wiederfinden:

Gallenprobleme, Leberprobleme, Darmprobleme, Verdauungsstörungen, Vergesslichkeit, Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Herzprobleme, Muskelkrämpfe, Zahnprobleme, Knochenbrüche, Gelenkprobleme, Alkoholprobleme, Haarausfall, Magenbeschwerden, Libidoverlust, Impotenz, Schwindel, Wutanfälle, Depressionen, Ängste, Nervosität
Platz für nicht genannte Beschwerde:

Bitte beschreiben Sie hier die oben genannten Rubriken näher:

Gibt es Schwellungen/Tumore/Krebsgeschehen?

Wann war die letzte Impfung, gab es Probleme/Störungen, welche im zeitlichen Zusammenhang damit gesehen werden könnten?

Haben Sie Antibiotika eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nie

Haben Sie Schmerzmittel eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nie

Haben oder hatten Sie Fußpilz?

Leiden Sie unter einem traumatisierenden Ereignis?

Hatten Sie schon einmal Existenzängste?

Hatten Sie schon einmal das Gefühl, keine Perspektive mehr zu haben?

Leiden Sie unter anderen Ängsten?

Haben Sie wiederkehrende Träume?

Haben Sie Kinder?

Gibt es einen Kinderwunsch?

Hatten Sie Früh/Fehlgeburten?

Familiäres Umfeld:

Bitte denken Sie an alle Krankheiten in der Vorgeschichte Ihrer Eltern und Großeltern. Gab es vermehrte Herz/Kreislaufferkrankungen, Krebs, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose...

Haben Sie Geschwister?

Gibt es irgendwelche Hinweise oder Anmerkungen, von denen Sie denken, diese könnten für die Mittelfindung wichtig sein, die im Fragebogen nicht erwähnt wurden?

Diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zu unserem Erstgespräch mitbringen, ich freue mich auf Sie

Anja Kumm