



HOMÖOPATHISCHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die homöopathische Erstanamnese ist die Aufnahme Ihres Beschwerdebildes, Ihrer einzelnen Symptome und Ihrer individuellen Empfindungen wichtig. Hier stehen Sie als Mensch im Mittelpunkt.

Der Mensch ist ein komplexes Wesen, alle Ebenen (Körper/Seele/Geist) sind miteinander verbunden und bedingen sich. Gesundheit und Wohlergehen resultieren aus dem harmonischen Zusammenspiel dieser Ebenen. Aus der ganzheitlichen Sicht ist der Mensch eine Einheit (Holon), die sich aus vielen Untereinheiten (Organen, Organsystemen, Zellen usw.) zusammensetzt.

Auch wenn Ihnen Ihre Beobachtungen banal, nebensächlich, vielleicht unangenehm sind, ist diese genaue Fallaufnahme in der Homöopathie von großer Bedeutung. Die aufgeführten Informationen dienen dazu, Ihnen Ihre diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aufzuzeigen. In der Homöopathie wird nicht die Krankheit, sondern der symptomatische - "kranke" - Mensch behandelt.

Um Sie in Ihrer Individualität so gut wie möglich erfassen zu können, lohnt es sich für Sie, genauer über Ihre Beschwerden nachzudenken und diese zu beschreiben.

Bitte schicken Sie mir die beiden ausgefüllten Fragebögen vor Ihrem ersten Termin per Fax, E-Mail oder Post zu.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Weiterführende persönliche Angaben:

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Kinder: _____

PERSÖNLICHE FRAGEN (AUSGEWOGEN)

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Wo sind die Beschwerden? Seit wann, zu welcher Zeit und wodurch werden die Symptome besser oder schlechter?

Was war unmittelbar, vor Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z. B. Erkrankungen, Impfungen, Unfall, Ärger, Kummer, Sorgen)

Haben Sie Gewichtsschwankungen, seit wann sind Sie in Ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt? (oft müde, nicht belastbar, schwach)



Kennen Sie Hitze und Kältewallungen? Wann treten diese besonders auf?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich in Ihren persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen und sozialen Bereichen unglücklich?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Kortison eingenommen?

Fühlen Sie sich oft einsam? Sind Sie im Allgemeinen lieber allein oder in Gesellschaft?

Haben Sie oft Stress, innere Unruhe und/oder Ängste? Kennen Sie wiederkehrende Ängste? Wie gehen Sie damit um?

Wie schätzen Sie Ihre Erregbarkeit und Reizbarkeit ein? Welche Situationen oder Dinge machen Sie besonders leicht ängstlich oder zornig? Wie reagieren Sie, wenn Sie wütend sind?

Wie ist Ihre Lebenssituation? (Familie, Freundeskreis/Arbeit)

Kennen Sie Situationen, in denen Sie schwermütig sind?

Gibt es psychische Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Ihnen, die Sie selbst auffällig oder ungewöhnlich finden?

Mit welchen Eigenschaften würden Sie sich selbst kurz beschreiben?

WELCHE KRANKHEITEN IN IHRER FAMILIE (AUCH ELTERN, GROBELTERN) SIND IHNEN BEKANNT?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Selbsttötung |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Sonstige: |



WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN? (BRINGEN SIE BITTE DEN IMPFPASS MIT)

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

HAT ES REAKTIONEN AUF DIE IMPFUNGEN GEGEBEN?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

WELCHE INFektionsKRANKHEITEN HABEN SIE DURCHGEMACHT?

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

HABEN SIE BESCHWERDEN IM BEZUG AUF:

KOPF

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Benommenheit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

AUGEN

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Brennen |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Doppelsehen | <input type="checkbox"/> Druck |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

NASE

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Niesreiz | <input type="checkbox"/> Schnupfen |
| <input type="checkbox"/> Krustenbildung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

OHREN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

MUND

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geschmack | <input type="checkbox"/> Trockenheit | <input type="checkbox"/> Speichelfluss |
| <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

ZÄHNE

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen | <input type="checkbox"/> wurzelbehandelte Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Kronen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |



HALS

- Mandelentzündungen Schluckbeschwerden Kloßgefühl
 Sonstiges _____

SCHILDDRÜSE

- Unterfunktion Überfunktion Druck-Kloßgefühl
 Sonstiges _____

LUNGE

- häufiger Husten: morgens tags nachts
 Auswurf Schmerzen Asthma
 Bronchitis Sonstiges _____

HERZ

- Druckgefühl Stechen Brennen
 Beklemmungen Infarkt Angina
 Pectoris Sonstiges _____

LEBER-GALLE

- Operationen Hepatitis Gallensteine
 Druck und Völlegefühl im rechten Oberbauch Sonstiges _____

MILZ-BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Schmerzen Druckempfindlichkeit Pankreatitis
 Diabetes Operationen Sonstiges _____

BEWEGUNGSAPPARAT

- Stechen Ziehen Schmerzen
 Steifigkeit Kribbeln Taubheitsgefühl
 Krämpfe Gelenkbeschwerden Krampfadern
 Venenentzündungen Durchblutungsstörungen Sonstiges _____

RÜCKEN

- Hexenschuss Wirbelsäulenveränderungen Ischias
 Operationen Sonstiges _____

MAGEN-DARM-TRAKT

- Aufstoßen Sodbrennen Übelkeit
 Erbrechen Schmerzen Appetitlosigkeit
 Blähungen Koliken Verstopfung Durchfall
 Sonstiges _____



STUHLGANG

tägl. ____ mal jeden ____ten Tag

WIE IST DIE BESCHAFFENHEIT DES STUHLIS?

normal dünn wässrig
 breiig unverdaut Sonstiges _____

UROGENITALTRAKT

Stechen Brennen Juckreiz
 Schmerzen Entzündung Sonstiges _____

URIN

nachts wenig viel
 oft Sonstiges _____
Geruch _____
Farbe _____

GYNÄKOLOGIE

Eierstockentzündung Zysten Myome
 Condylome Tumoren Operationen
 Geschlechtskrankheiten Fehlgeburten Ausschabungen
 Wechseljahresbeschwerden Sonstiges _____

MENSES

stark schwach kurz
 lang hell dunkel
 klumpig schmerzhaft:
Abstand der Blutungen _____
 Zwischenblutungen
Fluor (Ausfluss) schwach stark wundmachend
Farbe _____

PROSTATA

Vergrößerung Beschwerden beim Wasserlassen Brennen
 Nachträufeln Entzündungen Sonstiges _____

SEXUALITÄT

Verlangen Abneigung Blutung
 Schmerzen Sonstiges _____



HAUT

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> Rötungen |
| <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Warzen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Pilze | <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

HAARE

Haarwuchs:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haarwuchs schnell | <input type="checkbox"/> Haarwuchs langsam | <input type="checkbox"/> plötzlicher Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

NÄGEL

- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fleckig | <input type="checkbox"/> spröde | <input type="checkbox"/> deformiert |
| <input type="checkbox"/> eingewachsen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

SCHLAF

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufiges Aufwachen | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> unruhig |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Träume |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

SCHLAFLAGE

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> seitlich |
| <input type="checkbox"/> sitzend | <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

APPETIT

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> Heißhunger nachts | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

VERLANGEN NACH

ABNEIGUNG GEGEN

DURST

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> auf Kaltes | <input type="checkbox"/> auf Warmes | <input type="checkbox"/> auf Heißes |
| <input type="checkbox"/> große Mengen | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

GESCHMACKSBEEINTRÄCHTIGUNG, ALLES SCHMECKT

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> süß |
| <input type="checkbox"/> fade | <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> metallisch |



SCHWEIß

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Rücken |
| <input type="checkbox"/> Achseln | <input type="checkbox"/> Hände | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> klebrig |
| <input type="checkbox"/> übelriechend | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> nervös |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

TEMPERATUREMPFINDEN

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> frostig | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße | <input type="checkbox"/> kalte Füße/Beine |
| <input type="checkbox"/> hitzig | <input type="checkbox"/> warme Hände/Füße | <input type="checkbox"/> warme Füße/Beine |

STIMMUNG

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> ausgelassen |
| <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> weinerlich | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

TEMPERAMENT

- | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mutig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> lebhaft |
| <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

GESELLIGKEIT

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> einsam | <input type="checkbox"/> gesellig | <input type="checkbox"/> lieber allein |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Datum: _____

Unterschrift: _____