

Anamnesebogen Homöopathie

Heilpraxis Falk

Ivo Falk Heilpraktiker

www.heilpraxis-falk.de

info@heilpraxis-falk.de

☎ 033432 916 645

15374 Müncheberg /OT Hoppegarten, Wiesenweg 9

Die folgenden Angaben erleichtern es mir, die für eine erfolgreiche Behandlung notwendigen homöopathischen Arzneimittel für sie zu finden.

Bitte nehmen sie sich für das ausfüllen Zeit!

Ich bitte sie, zutreffendes anzukreuzen bzw. zu ergänzen.

Sollten sie zur Beantwortung bestimmter Fragen mehr Platz benötigen als zur Verfügung steht, benutzen Sie die Rückseite des Fragebogens unter Angabe der Fragestellung.

Patientenangaben !

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Tel: _____

Email: _____

Beruf: _____

Konfession: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Heilung heißt Wandlung und Veränderung?

Sind Sie bereit in Ihrem Leben Veränderungen zuzulassen? Wenn ja, Welche ?

Worüber können Sie sich von Herzen freuen?

Was bringt Sie auf die „Palme“, macht Sie regelrecht aggressiv und wütend?

Kreisen in Ihrem Kopf immerzu Gedanken, wenn Ja, welche?

Sind Sie in Gedanken eher in Ihrer Vergangenheit oder in der Zukunft?

Sind Sie abergläubisch?

Sind Sie gerne allein oder lieber in Gesellschaft?

Sind Sie ein Organisierter und Strukturierter Mensch oder lieben Sie mehr das Chaos und den „Zufall“?

Fällt es Ihnen eher leicht, sich für eine bestimmte Sache zu entscheiden?

Zu Ihrer Vorgeschichte:

Gab es Beschwerden/Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen?

Nein Wenn Ja, welche? _____

Wie verlief Ihre Geburt (APGAR?), gab es Komplikationen während der Geburt?

Kinderkrankheiten!

Hatten Sie Windpocken Masern Diphtherie Scharlach Röteln

Sonstige Krankheiten? _____

Gab es Komplikationen? _____

Gab (in ihrer Kindheit) oder gibt es Hauterkrankungen?

Nein Wenn Ja, wie behandelt? _____

Gab (in ihrer Kindheit) oder gibt es schwere oder Chronische Erkrankungen?

Nein Wenn Ja, wie behandelt? _____

Beschreiben Sie sich bitte als Kind oder Jugendlichen?

Wie war die Schule, Ihr Elternhaus, gab es Freunde ... ?

Wurden Sie operiert?

Nein Wenn Ja, wo und wie oft? _____

Hatten Sie Unfälle und/oder Verletzungen?

Nein Wenn Ja, wann/wo, wie oft und wie behandelt?

Neigen Sie zu bestimmten, wiederkehrenden Reaktionsmustern wie zb.
Blasenentzündungen, Stirnhöhlenvereiterungen, Augenentzündungen, Herpes etc.

Hatten/ haben Sie Hauterscheinungen wie Warzen, Furunkel, Abszesse?

Nein Wenn Ja, wann/wo, wie oft und wie behandelt?

Womit hatten/haben Sie häufig oder intensiv in Ihrem Leben Probleme?

Gallenprobleme Leberprobleme Magenprobleme

Darmprobleme Verdauungsstörungen Depressionen

Haarausfall Haarausfall kreisrund Gelenkprobleme

Migräne Kopfschmerzen Zahnprobleme

Herzprobleme Schilddrüsenprobleme Knochenbrüche

Ausfluss, ♀ Vergesslichkeit Schwindel

Ängste Hitzewallungen Wutanfälle

Lähmungen Muskelkrämpfe Libido Verlust

Impotenz Menstruationsbeschwerden Nervosität

Alkoholprobleme Prostatabeschwerden ♂ Akne

Bitte beschreiben Sie die Probleme/Störungen der vorangegangenen Rubrik näher :

Als Frau schildern Sie bitte Ihren Menstruationszyklus mit eventuellen Beschwerden bzw. Abweichungen!

Gab/gibt es Schwellungen, Tumore, Krebsgeschehen?

Nein Wenn Ja, wann/wo, und wie behandelt?

Wann war die letzte Impfung und welche war das?

Gab/gibt es Probleme/Störungen, welche im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen auftraten?

Welche Impfungen haben sie Kind/Jugendlicher erhalten ?

Haben Sie Antibiotika eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nein

Haben Sie Fiebersenkende Mittel eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nein

Haben Sie Kopfschmerzmittel eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nein

Haben/hatten Sie Fußpilz/Nagelpilz Ja Nein und wurde dieser

medikamentös behandelt (chem.) ? Ja Nein

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen?

Selten Oft Manchmal Nein

Hatten sie ein traumatisches Erlebnis?

Haben Sie einmal Ihre Arbeitsstelle verloren?

Ja Nein

Haben Sie einmal Existenzängste gehabt?

Ja Nein

Haben Sie „Mobbing“ am Arbeitsplatz erlebt?

Ja Nein

Wurde Ihnen einmal ein/e jüngere/r Kollege/in vor die „Nase“ gesetzt?

Ja Nein

Haben/hatten Sie mal das Gefühl überflüssig zu sein, keine Perspektive mehr zu haben?

Ja Nein

Hatten Sie ein Erlebnis mit „Todesangst“?

Ja Nein

Leben Sie in einer Beziehung Mann/Mann Frau/Frau

Haben Sie Schuldgefühle, Nein

wenn Ja welcher Art

Bitte schildern Sie Ihr Essverhalten mit Appetit auf...?, Heißhunger auf ...?
Abneigung gegen ... ?, Unverträglichkeiten ?, Durst auf kalte oder warme
Getränke welcher Art ?, Alkohol ?, Rauchen ? Lieblingsspeise ?...

Zu welchen Tages oder Nachtzeiten fühlen Sie sich am wohlsten?

Wie geht es ihnen in der Dunkelheit?

Welche Jahreszeit mögen Sie am liebsten?

Haben Sie Angst vor Gewitter?

Ja

Nein

Überlegen Sie, wenn Sie das Haus verlassen haben lange Zeit und intensiv, ob Sie auch nicht vergessen haben das Licht auszuschalten, das Gas abzdrehen, abzuschließen, den Wasserhahn auszdrehen etc.?

Ja

Nein

Was ist Ihr/e Lieblings -

Farbe: _____

Film: _____

Pflanze: _____

Tier: _____

Buch: _____

Märchen: _____

Schauspieler: _____

Land: _____

Gibt es wichtige oder wiederkehrende Träume?

Nein wenn Ja, was träumen Sie?

Wo wären Sie heute wenn Sie Ihre höchste Vision verwirklicht hätten?

Haben Sie Hobbys, musizieren Sie, schreiben Sie, Malen Sie, basteln Sie?

Treiben Sie Sport?

Nein wenn Ja, was für Sport?

Zu Ihrem Familiensystemischen Umfeld!

Krankheiten Mütterlicherseits? (auch evtl. vorhandene Geschlechtskrankheiten)

Beziehung zur Mutter? Eng nicht so gut

Wurden Sie von Ihrer Mutter gestillt? Ja Nein

Waren Sie ein Wunschkind? Ja Nein

Sollten Sie ein Junge oder ein Mädchen werden?

Egal Junge Mädchen

Waren Sie als Kind/Neugeborenes von der Mutter Getrennt?

Ja Nein ist nicht bekannt

Krankheiten Väterlicherseits? (auch evtl. vorhandene Geschlechtskrankheiten)

Beziehung zum Vater? Eng nicht so gut

Gab es Grenzverletzungen? Ja Nein

Gab es Alkoholprobleme im Familienumfeld? Ja Nein

Gab es bestimmte Neigungen, Reaktionsmuster, Krankheiten, Besonderheiten die sich, wie auch immer geartet, Generationsübergreifend in der mütterlichen oder väterlichen Linie manifestierten?

Haben Sie Geschwister?

Nein wenn Ja, wie viele Brüder/Schwestern und wie alt?

Krankheiten der Geschwister?

Krankheiten der Großelterngeneration?

Oma mütterlicherseits?

Opa mütterlicherseits?

Oma väterlicherseits?

Opa väterlicherseits?

Gab es in der Großfamilie folgende Krankheiten/Geschehnisse?

Tuberkulose Tripper Syphilis Diabetes Mellitus Rheuma

Neurodermitis Psoriasis Krätze Alkoholismus Krebs

Psych. Krankheiten Selbstmord Sex. Missbrauch Erbstreit

Gibt es sonstige Hinweise und/oder Anmerkungen Ihrerseits, von denen Sie denken, dass sie möglicherweise wichtig sein könnten für eine erfolgreiche Mittelfindung?

Den Fragebogen bringen Sie bitte ausgefüllt zu unserem ersten Termin mit oder senden ihn vor ab an: Heilpraxis Falk, Wiesenweg 9, 15374 Müncheberg

