**Anamnesebogen Erwachsene**

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! Sollten Sie zur Beantwortung bestimmter Fragen mehr Platz benötigen als zur Verfügung steht, benutzen Sie die Rückseite des Fragebogens unter Angabe der Fragestellung. Ihre Daten obliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weiter gegeben.

Auf mich aufmerksam geworden durch:

Behandelnde Ärzte/ Ärztinnen:

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Email:

Krankenkasse: Versicherungsnummer

Familienstand: Kinder: Beruf:

Sport/Hobby:

Welche Erkrankungen kommen in ihrer FAMILIE vor?

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großeltern väterlicherseits:

Großeltern mütterlicherseits:

Welcher Grund führt Sie zu mir?

Was ist Ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem)?

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

Wie beeinträchtigt Sie ihre Hauptbeschwerden in ihrem Leben?

Wie hoch ist dadurch der Leidensdruck?

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert, Auslöser?

Wie äußern sich die Hauptbeschwerden?

Wo am Körper?

Und wohin erstreckt sich z. B. der Schmerz? Wodurch ausgelöst?

Was war zu der Zeit los in Ihrem Leben?

Wodurch werden die Symptome / Beschwerden besser/schlechter?

Werden Sie im Allgemeinen durch etwas in positiver oder negativer Hinsicht beeinflusst?

Gibt es noch andere Beschwerden? Sind irgendwelche Erkrankungen schwerer Verlaufen als sonst?

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Welche Impfungen? Nebenwirkungen?:

Operationen:

Gibt oder gab (in ihrer Kindheit) es schwere oder chronische Erkrankungen?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Masern O Diphtherie O Scharlach O Röteln O Windpocken O Sonstige Krankheiten? Gab es Komplikationen?

Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel/ Homöopathika ein? Wie oft?:

Gibt es Besonderheiten in Ihrer Gewichtsentwicklung?

Welche Nahrungsmittel/ Geschmacksrichtungen mögen Sie besonders gern, gegen welche haben Sie eine Abneigung bzw. vertragen Sie nicht?

Durst viel/wenig auf kaltes / warmes?

Gibt es Veränderungen in den Bereichen des Appetits des Durstes des Nachtschweißes des Schlafes des Stuhlgangs des Wasserlassens Husten und Auswurf ?

Zigaretten:\_\_\_Kaffee:\_\_\_\_\_Alkohol:\_\_\_\_\_\_\_Drogen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlaf?

Gibt es sich wiederholende oder einprägende aktuelle Träume?

Albträume / Fieberträume aus der Kindheit?

Wurde Ihnen etwas berichtet über besondere Ereignisse/ Komplikationen bei der Schwangerschaft/Geburt/ Stillzeit ihrer Mutter?

NUR FÜR FRAUEN:

Schwangerschaften: Geburten: Stillen:

Alter bei der ersten Menstruation: Haben Sie Ausfluss?

Dauer des Regelzyklus (z.B 28 Tage): Dauer der Regeltage:

Wie ist ihre Regelblutung? stark/schwach:

hell/dunkel: un/regelmäßig: tags/nachtsüber:

Gab oder gibt es Beschwerden vor, während oder nach der Regelblutung ( Schmerzen, Stimmung usw..)?

Gefühl / Emotion / Psyche Wie fühlen Sie sich emotional?

Bitte markieren sie das Diagramm: 1 = schlecht / depressiv, 10 = ich könnte die ganze Welt umarmen 1-------2-------3-------4-------5------ -6-------7-------8-------9-------10

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

Wie würden Sie sich selbst kurz beschreiben? Wie ist ihr Wesen? (Wie würden nahestehende Sie beschreiben? Wie ist meistens ihr Gemütszustand?)

Was ist typisch für Sie?

Was sind ihre Stärken und was ihre Schwächen?

Hobbies, Interessen, Fähigkeiten:

Was ist Ihnen wichtig im Leben?

Was sind Ihre Themen im Leben bzw. welches Muster zieht sich in Ihrem Leben durch?

Was können Sie nicht leiden? Auf was reagieren Sie empfindlich?

Welche Ängste und Sorgen haben Sie? Worüber machen Sie sich Gedanken?

Hatten sie ein traumatisches Erlebnis? Verletzungen?

Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen/Mobbing?

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

Was würden Sie gerne an sich oder in ihrem Leben verändern?

Gibt es noch etwas nennenswertes bzw. einschneidendes aus Ihrem Leben, das unter den Punkten nicht dabei war?

Haben sie einen besonderen Bezug zu Pflanzen oder Tiere?

Lieblingstier/pflanze?

Lieblingsfarbe?

Wo in der Natur fühlen Sie sich am wohlsten?