



Anamnesebogen Homöopathie

Liebe Klientin, lieber Klient,

um eine homöopathische Anamnese durchzuführen sind vielfältige Angaben ihrerseits hilfreich. Deswegen bitte ich Sie mir diesen Fragebogen bestmöglich auszufüllen.

Dieser Fragebogen kann nie vollständig sein, jedoch soll er einfach helfen, schon möglichst viele Bereiche abzudecken. Diese Zeit sparen wir uns im Anamnesegespräch.

Das Ausfüllen des Bogens kann 30 bis 60 min. in Anspruch nehmen.

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der die Klienten als Ganzes im Vordergrund stehen. Die Aufgabe des Homöopathen ist es, das Arzneimittel zu finden, dessen Symptome der Krankheit und der Persönlichkeit des Klienten am ähnlichsten sind.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist ihre Mitarbeit in diesem Sinne nicht nur hilfreich, sondern wegweisend und notwendig.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Ich bitte Sie, zutreffendes anzukreuzen bzw. zu ergänzen.

Patientenangaben:

Name:

Vorname(n):

Adresse:

Telefon:

Email:¹

Geburtsdatum:

Geburtszeit:

Beruf:

Sternzeichen:

Krankenkasse:

Heilpraktikervers.: Nein Ja, bei

Nein Ja, bei



Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem, Thema, ...)?

Wie möchten Sie behandelt werden?

- Homöopathisch und Osteopathisch ausschließlich Homöopathisch
 ausschließlich Osteopathisch
(falls sie eine ausschließlich osteopathische Behandlung wünschen, reicht es natürlich aus, wenn sie nur die Fragen zu den körperlichen Symptomen beantworten.)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Wenn Ja, welche, wie oft?

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen?

- Nein Wenn Ja, was, wie oft?

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

Kommen Beschwerden bevorzugt auf einer Körperseite vor?

- Nein wenn ja, auf welcher



Haben Sie Schwächegefühle?

Nein wenn ja, bitte genauer beschreiben

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert?

Schmerzskala:

(1 = schwach / 5 = mittel / 10 = sehr stark)

Wodurch werden ihre Symptome/Beschwerden besser?

Wodurch werden ihre Symptome/Beschwerden schlechter?

Wie fühlen Sie sich emotional/Stimmungsbarometer?

(1 = schlecht/depressiv - 10 = ich könnte die ganze Welt umarmen/glücklich)



Heilung heißt Wandlung und Veränderung. Sind Sie bereit in Ihrem Leben Veränderungen zuzulassen? Wenn ja, welche?

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gallenprobleme | <input type="checkbox"/> Leberprobleme | <input type="checkbox"/> Magenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Darmprobleme | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Haarausfall kreisrund | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Libido Verlust | <input type="checkbox"/> Impotenz | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme | <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |

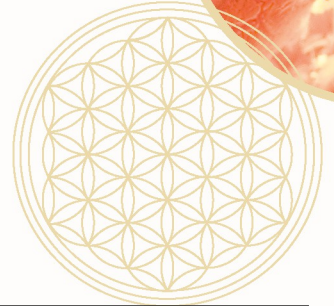
Wann war die letzte Impfung und welche war das?

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

--

Wurden Sie operiert?

- Nein wenn ja, wo und wie oft?



Hatten Sie Unfälle/Traumata und/oder Verletzungen?

Nein wenn ja, wann/wo, wie oft und wie behandelt?

Neigen Sie zu bestimmten wiederkehrenden Reaktionsmustern, wie z.B. Blasenentzündungen, Rückenschmerzen, Stirnhöhlenvereiterungen, Augenentzündungen, Herpes, etc.?

Gab/gibt es Schwellungen, Tumore, Krebsgeschehen?

Nein Wenn ja, wann/wo, und wie behandelt

An welchen Körperteilen schwitzen Sie am Stärksten?

Kopf Nacken Füße Rücken Achseln überall gar nicht/wenig

Wie ist ihre Körpertemperatur?

heiß/warm ausgeglichen kalt

--



Welche Temperaturen ertragen Sie besser

- Heiß Kalt

Wie ist die gefühlte Temperatur ihrer Extremitäten (Hände, Füße)

- heiß, brennend kalt

Welche Speisen/Getränke vertragen Sie nicht? (*U = Unverträglichkeit*)

Nach welchen Speisen oder Getränken besteht ausgesprochenes Verlangen? (*V = Verlangen*)

Gegen welche Speisen oder Getränke gibt es eine starke Abneigung? (*A = Abneigung*)

Gibt es keine *deutlichen* „U“, „V“ oder „A“ geben brauchen Sie keine Angaben zu machen!

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milch kalt/warm | <input type="checkbox"/> kalte Getränke | <input type="checkbox"/> warme Getränke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> fette Speisen |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Geräuchertes |
| <input type="checkbox"/> gut gewürzte Speisen | <input type="checkbox"/> Gemüse | <input type="checkbox"/> Eis |
| <input type="checkbox"/> Eier weich | <input type="checkbox"/> Eier hart | <input type="checkbox"/> Käse |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Salate | <input type="checkbox"/> Salziges |
| <input type="checkbox"/> Saures | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Zwiebeln |
| <input type="checkbox"/> Eiswürfel | <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Kaffee |

Was ist ihr Lieblingsessen oder Getränk?

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Haben Sie ein Durstgefühl? Kommt es vor, dass Sie das Trinken komplett vergessen?



Was ist ihre Lieblings ... :

Farbe

Film

Pflanze

Tier

Buch

Märchen

Schauspieler

Land

Stuhlgang

- Verstopfung
- spez. Geruch
- starkes Pressen

- Durchfall
- Explosionsartiger Stuhl
- Stuhlinkontinenz (unwillkürlicher Stuhlabgang)

- Blähungen/Wind

Urin, Wasserlassen

Gibt es beim Wasserlassen irgendwelche Probleme? Wenn ja, welche?

Riecht der Urin auffällig

 Ja Nein

Kennen Sie unwillkürliches Wasserlassen?

 Ja Nein

Müssen Sie nachts regelmäßig Wasserlassen?

 Ja Nein

Für Frauen

Wie alt waren Sie bei ihrer ersten Periode?

Gab es damals Schwierigkeiten?

 Ja Nein

Wie lange ist ihr Zyklus?

 Ja Nein

Ist dieser regelmäßig?

 Ja Nein

Dauer der Blutung?



Beschwerden (Schmerzen/Stimmungsschwankungen) Ja Nein
 vor Blutung während Blutung nach Blutung

Besteht Ausfluss? Ja Nein
Schwangerschaftsverhütung (Pille/ Spirale) Ja Nein
Gibt es Beschwerden mit den Wechseljahren? Ja Nein
Haben Sie Kinder? (wenn ja, wie viele?) Ja Nein
Sind alle Kinder vom gleichen Partner? Ja Nein
Gibt es bei Ihnen einen unerfüllten Kinderwunsch? Ja Nein
Hatten Sie Früh-/Fehlgeburten oder Abtreibungen?
(wenn ja, was und wann, wie oft?) Ja Nein

Schlaf

Beschreiben Sie ihre Schlafstellung

Besonderheiten während des Schlafs?

(Erwachen, Zähneknirschen, Schwitzen, Sprechen, Lachen, Schlafwandeln, Schlaflosigkeit, Zuckungen, Zudecken, Abdecken, etc.)

Erwachen Sie in der Nacht immer um dieselbe Zeit? Ja Nein

wenn ja, wann

Sind Sie morgens erfrischt? Ja Nein



Gibt es wichtige oder wiederkehrende Träume?

- Nein Wenn ja, beschreiben Sie bitte ...

Haben Sie Angst vor Gewittern?

- Ja Nein

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

- Ja Nein

Gibt es Gedächtnisschwierigkeiten?

- Nein wenn ja, bezüglich
 Erinnerung Namen Gesichtern Orten Gelesenes

Wie ist ihre Willenskraft und ihr Selbstvertrauen?

- stark vorhanden schwach

Haben Sie manchmal Gedanken, welche Sie lieber nicht hätten (z.B. Tiere, Höhe, Alleinsein, Räuber, Tod, enge Räume)?



Sind sie leicht reizbar?

Ja Nein

Sind Sie gerne allein oder lieber in Gesellschaft?

Allein Gesellschaft

Sind Sie entscheidungsfreudig?

Ja Nein

Sind Sie ein organisierter und strukturierter Mensch oder lieben Sie das Chaos und den Zufall?

Struktur Chaos

Zu ihrer Vorgeschichte

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

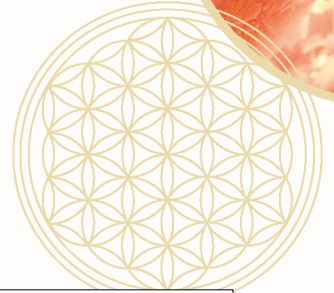
Nein Wenn ja, welche?

Wie verlief ihre Geburt (APGAR?), gab es Komplikationen?

Nein Wenn ja, welche?

Wurden Sie gestillt?

Nein Ja, wie lange?



Hatten Sie ...

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |

Gab es Komplikationen (z.B. Hirnhautentzündung)?

Nein Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten/Hauterkrankungen?

Beschreiben Sie sich als Kind oder Jugendliche(r)?

Sind ihre Sinneswahrnehmungen gestört, eingeschränkt oder überempfindlich?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Schmecken | <input type="checkbox"/> Riechen |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|

Reagieren Sie empfindlich auf:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Anschauen von sich bewegenden Gegenständen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geräusche (plötzlich laut) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Musik/Licht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starke Gerüche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Berührung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Enge Kleider (Kragen, Hosen, Schal) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kalte Füße | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Warmes Zimmer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kaltes Zimmer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wind | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Am Meer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Frische Luft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Widerspruch | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

....



Wie geht es Ihnen :

- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| vor der Periode | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| nach der Periode | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor, während, nach Schwitzen | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| Beim Fasten (Hunger), nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei Ärger | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor wichtigen Verabredungen | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor Prüfungen | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| nach Weinen (Erleichterung oder nicht?) | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| mit Trost, Mitgefühl | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in einer Menschenmenge (Konzert, Kino, etc.) | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in einem geschlossenen Raum (Lift) | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Denken an Krankheiten | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Fahren | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Morgen | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Abend | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Nachmittag | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in der Nacht | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Baden | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei körperlichen Anstrengung | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei geistiger Anstrengung | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Liegen auf dem Bauch | <input type="checkbox"/> Besser | <input type="checkbox"/> Schlechter |

Haben Sie Schwindel? Ja Nein

Haben Sie Kopfschmerzen/Migräne Ja Nein

Haben Sie länger anhaltende Taubheitsgefühle? Ja Nein

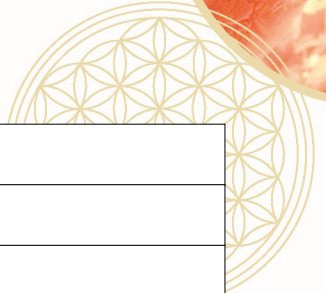
Wenn ja, wo? in den Fingern auf der Haut
 in den Beinen in den Füßen

Leben Sie in einer Beziehung? Ja Nein

Zu welcher Tages-/Nachtzeiten fühlen Sie sich am wohlsten?

Wie geht es Ihnen in Dunkelheit?





Wo wären Sie heute, wenn Sie ihre höchste Vision verwirklicht hätten?

Hobbies: Was macht Sie glücklich/entspannt? Was tut gut?

Familiensystemisches Umfeld

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| Beziehung zur Mutter | <input type="checkbox"/> eng | <input type="checkbox"/> nicht so eng |
| Beziehung zum Vater | <input type="checkbox"/> eng | <input type="checkbox"/> nicht so eng |
| Wurden Sie von Ihrer Mutter gestillt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie ein Wunschkind? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sollten Sie ein Junge oder Mädchen werden? | <input type="checkbox"/> Mädchen | <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> egal |
| Waren Sie als Neugeborenes von der Mutter getrennt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

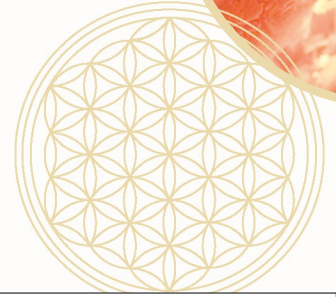
Wenn ja, warum und wie lange?

--

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Gab es Grenzverletzungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gab es Alkoholprobleme im Familienumfeld? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Gab es in der Großfamilie folgende Krankheiten/Geschehnisse?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Tripper | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Krätze | <input type="checkbox"/> Alkoholismus |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Psych. Krankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord |
| <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> Abort | <input type="checkbox"/> Kindstod |
| <input type="checkbox"/> Erbstreit | | |



Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in chronologischer (zeitlicher) Reihenfolge alle von ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle und Operationen usw. ein. Beispiele dazu finden Sie in der linken Spalte (diese können gerne erweitert werden). Bitte zu jedem Ereignis eine Jahreszahl anfügen.

Kindheit:

Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen, etc.

Kinder- und Infektionskrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Kinderlähmung, Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Lamblien, Parasiten, Würmer, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Scheidenpilz, Nieren-, Blasen-, Stirn-, Kieferhöhlen-, Mittelohr-, Hirnhautentzündung(en), Lymphknotenschwellungen, etc.

Haut:

Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphten, Geschwüre, Pilzkrankungen, etc.

Unfälle, Verletzungen, Operationen: Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, Kopfverletzungen, etc.

Allgemeine Krankheiten:

Krebs, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine, (Galle und Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.

Allgemeines:

Schwangerschaften, Abtreibungen,

Fehlgeburten, Klimakterium, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte, Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Bluttransfusionen, etc.

Prägende Ereignisse:

Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastungen, unterdrückte Emotionen, Todesfälle, etc.

0 Jahre (Geburt)



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

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 1 Woche vor dem Behandlungstermin zu.

Per Post an: **Julia Stickel, Heilpraktikerin & Physiotherapeutin, Im Ried 23, 96138 Burgebrach**
oder per Mail an: info@heilpraktikerbamberg.de
oder per Fax an: **09546 / 59 56 221**

Vielen Dank für ihre Mitarbeit, ihre Zeit und ihr Vertrauen!