

Praxis für Klassische Homöopathie
Andreas Baranowski
Bärbel Lehmann
Stünzer Straße 5
04318 Leipzig
Tel. 0341 5904919 (Bärbel Lehmann)
0341 2408116 (Andreas Baranowski)



Fragebogen für die homöopathische Anamnese

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche Behandlungsmethode. Deshalb erfragen wir in chronischen Fällen die gesamte Krankengeschichte des Patienten, einschließlich der Familiengeschichte. Das Ausfüllen des Fragebogens dient für Sie als Vorbereitung. Durch das Ausfüllen des Fragebogens erinnern Sie sich bereits vor der Anamnese an Details Ihrer Krankengeschichte. Er ersetzt aber nicht das ausführliche Gespräch der Erstanamnese. Planen Sie für die Erstanamnese 1,5 bis 2,5 Stunden Zeit ein.

Füllen Sie bitte Ihre persönlichen Daten und die Familienanamnese aus und beantworten Sie die restlichen Fragen auf einem gesonderten Blatt.

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zur Erstanamnese mit.

1. Ihre Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Kontakt

Telefon:

Handy:

e-mail-Adresse:

Berufliche Tätigkeiten, die Sie in Ihrem Leben ausgeführt haben:

(Bei dieser Frage geht es darum, eventuelle berufsbedingte Schädigungen, Belastungen mit Chemikalien etc. zu erfassen.)

Gab es andere Tätigkeiten mit Giftexposition oder krankmachenden Belastungen?

2. Familienanamnese:

Geben Sie bitte so ausführlich wie möglich die Krankheiten Ihrer blutsverwandten Angehörigen an und fragen Sie, insofern es möglich ist, nach.

Mutter:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Vater:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Geschwister:

Kinder:

3. Was führt Sie zu uns?

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Seit wann bestehen diese? Gab es dafür eine auslösende Ursache? Wodurch sind die Beschwerden besser oder schlechter? Welche Beschwerden gibt es noch seit dem Auftreten Ihrer Hauptbeschwerden?

Welche Diagnosen wurden ärztlicherseits gestellt?

Existieren Befunde? Fügen Sie diese in der Kopie bitte dem Fragebogen bei oder bringen Sie sie zur Erstanamnese mit.

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Welche anderen Heilbehandlungen oder medizinischen Maßnahmen werden noch durchgeführt oder wurden in letzter Zeit durchgeführt (Physiotherapie, naturheilkundliche Behandlungen, Impfungen, Röntgen, MRT etc.)?

4. Ihre Symptome von Kopf bis Fuß

Wenn Sie eine Frage mit ja beantworten müssen, dann versuchen Sie bitte, soweit möglich, die Art des Schmerzes sowie die Umstände, die die Beschwerden verbessern oder verschlechtern, anzugeben.

Leiden Sie unter Haarausfall?

Leiden Sie unter Veränderungen am äußeren Kopf oder Gesicht (Hautausschläge, Ödeme, Schwellungen etc.)?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Leiden Sie unter Erkrankungen der Augen, Sehstörungen etc.?

Leiden Sie an Erkrankungen der Ohren oder des Gehörs?

Gibt es andere Störungen der Sinneswahrnehmungen, gesteigerte Empfindlichkeit oder Verlust derselben?

Leiden Sie unter Schwindel?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Haben Sie Beschwerden der Mundschleimhaut?

Gibt es Geschmacksveränderungen?

Gibt es Schluckstörungen oder Aufstoßen?

Gibt es Sodbrennen?

Leiden Sie an Magenbeschwerden?

Leiden Sie an Übelkeit, Erbrechen, langsamer Verdauung etc.?

Gibt es Blähungen?

Gibt es Beschwerden seitens des Stuhlganges?

Haben Sie Beschwerden des Afters, wie Risse, Hämorrhoiden etc.?

Gibt es Durchfall oder Verstopfung?

Wie ist die Qualität des Stuhles (Farbe, Konsistenz, Geruch)?

Leiden Sie unter chronischen Beschwerden der Atemwege (Allergien, Schnupfen, Husten, Asthma etc.)?

Haben Sie Kreislaufbeschwerden wie Herzbeschwerden, Durchblutungsstörungen einzelner Körperteile, Hitzewallungen etc.?

Gibt es Schmerzen in der Nierengegend?

Leiden Sie an einer Erkrankung der Harnorgane?

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen?

Gibt es Besonderheiten bezüglich der Beschaffenheit des Urins (Farbe, Menge, Geruch, Bodensatz etc.)?

Haben Sie rheumatische Beschwerden?

Leiden Sie an Erkrankungen der Haut (Ekzeme, Warzen etc.)?

Leiden Sie an Erkrankungen oder Veränderungen der Nägel?

Gab es Verletzungen, haben Sie Narben?

Wie ist ihr Schlaf?

Wie ist Ihr Temperaturempfinden?

Gibt es ungewöhnliche Schweiß?

Besteht Infektanfälligkeit?

Gibt es irgendwelche wiederkehrenden, charakteristischen Verläufe von Infekten?

Frauen:

Gibt es Beschwerden bezüglich der Menstruation (Schmerzen, Gemütsschwankungen, Schmerzen der Brust, Dauer der Blutung, Beschaffenheit des Blutes, Länge des Zyklus)?

Gab oder gibt es hormonelle Manipulationen (Pille, Hormonspirale, Pille danach etc.)?

Waren oder sind Sie schwanger? Welche Beschwerden gab oder gibt es während der Schwangerschaft?

Gab es schwere Geburtsverläufe oder Verletzungen während Geburten?

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen?

Leiden Sie an Ausfluss?

Männer:

Gibt es Schmerzen oder Beschwerden seitens der Genitalien?

5. Ernährungsgewohnheiten

Gibt es starke Verlangen nach oder Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel?

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Wie ernähren Sie sich? Gemischte Kost? Vegan? Vegetarisch?

Halten Sie irgendwelche Diäten ein?

Welche Genussgifte nehmen Sie regelmäßig zu sich (Kaffee, Tee, Nikotin)?

Essen Sie eher viel oder wenig?

Wie ist Ihr Appetit?

Gibt es Hunger zu ungewöhnlichen Zeiten?

Gab es Phasen von Mangel, z.B. durch Essstörungen etc.?

6. Ihre Krankengeschichte

Bitte versuchen Sie, alle Ihre Krankheiten, Beschwerden, Diagnosen, Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Impfungen, Operationen, Unfälle etc. so genau wie möglich zu datieren.