

Anamnesebogen



Die folgenden Angaben erleichtern die im ersten Heilungsschritt notwendigen homöopathischen Mittel zu finden und die Ursache Ihrer Krankheit besser zu verstehen. Ich bitte Sie daher, alles anzukreuzen, was zutrifft. Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen. Danke!

Name _____

Adresse _____ PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Telefon _____ Handy _____

e-mail _____

Krankenversicherung, Beihilfe, Zusatzversicherung _____

Was ist der Grund des Kommens? _____

An welchem organischen Ort hat sich Ihre Krankheit manifestiert? _____

Wie lautet die klinische Diagnose? _____

Was sind in Stichpunkten Ihre Beschwerden? _____

Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen? _____

Versuchen Sie sich zu erinnern, was 1-2 Jahre Gravierendes davor in Ihrem Leben passiert ist?

Waren in Ihrer kindlichen Entwicklung besondere Ereignisse? (Krankheiten, Schicksalsschläge, Tod eines geliebten Menschen, eines Tieres, Trennungen:.....)

Zu Ihrer Vorgeschichte:

Hatten Sie einmal eine Blasenentzündung? ja oft einmal

Hatten Sie Windpocken Mumps Diphtherie Scharlach Röteln Masern ?

Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen Kopfgrind schorfige Ekzeme ?

Hatten Sie Geschwüre Furunkeln Fisteln Abszesse ?

wo am Körper? _____

Hatten Sie im Laufe Ihres Lebens einmal oder mehrmals:

morgens verklebte Augen fischig riechenden Ausfluss einseitige Knieschmerzen ?

Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben?

Gallenprobleme Depressionen Gelenkprobleme Kopfschmerzen einseitig beidseitig
Haarausfall Zahnprobleme Herzprobleme Schilddrüsenprobleme (Knoten Hashimoto
Knochenbruch Venenstaus/Krampfader Ausfluss: weiß gelb grünlich braun
nach Fisch riechend Harnstrahl geteilt Harnstrahl gedreht Unfälle Vergesslichkeit
mystische Erfahrungen Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz Allergien
Hautprobleme

Welche? _____

Schwitzen Sie leicht? Ja Nein Benutzen Sie ein Deo? Ja Nein

Fiebern Sie leicht? Ja Nein Gar nicht

Haben Sie Antibiotika eingenommen? oft manchmal selten

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? oft selten

Haben Sie Ekzeme, Pickel mit chemischen Mitteln behandelt?

Haben Sie oft Kopfschmerzmittel eingenommen? oft eher selten

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen? häufig selten

Haben/hatten Sie Fußpilz/Nagelpilz? chemische Mittel dagegen eingesetzt

Sind Sie oft geimpft worden? als Kind als Erwachsener

!!! Wann war die letzte Impfung? _____

Welche? _____

Welche Operationen haben Sie wann gehabt? _____

Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben? _____

Haben Sie einmal eine Arbeitsstelle verloren? ja wann? _____

Haben Sie einmal Existenzängste gehabt?

Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt?

Ist Ihnen mal einen jüngeren Kollegen „vor die Nase“ gesetzt worden?

Sind Sie frühzeitig gekündigt worden? Sind Sie im Ruhestand?

Hat man Ihnen einmal gesagt, Sie seien allmählich zu alt für Ihren Beruf?

Hatten Sie mal das Gefühl, überflüssig zu sein?

Hatten Sie mal das Gefühl, keine Perspektive mehr im Leben zu haben?

Hatten Sie mal das Gefühl „gegen Windmühlen“ zu kämpfen?

Hatten Sie ein Erlebnis mit Todesangst? Hatten Sie ein Nahtoderlebnis?

War Ihr Geruchssinn mal gestört? War Ihr Geschmackssinn mal gestört?

Hören Sie schlecht? links rechts beidseitig

Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl? auf der Haut in den Fingern in den Beinen

in den Füßen sonst wo? _____

Leben Sie eine **Beziehung** Mann-Frau? ja , erfüllt unerfüllt problematisch

Leben Sie lieber alleine? Haben Sie Beziehungsprobleme/gehabt?

Leben Sie eine Beziehung Mann-Mann? Frau-Frau

Hat man Ihnen einmal den Mann/die Frau ausgespannt?

Haben Sie Schuldgefühle? Hatten Sie schon mal das Gefühl, etwas für andere zu tragen?

Hatten Sie schon mal das Gefühl, an Ihnen „klebt“ etwas? Hatten Sie schon mal oder mehrfach das

Gefühl von Elend? Haben Sie den Eindruck, in Ihrer Familie gab es viel Elend? Haben sich Ihre

Eltern aus kleinen/ärmlichen Verhältnissen empor gearbeitet? Haben Sie sich aus ärmlichen/kleinen

Verhältnissen empor gearbeitet? Sind Sie sehr arbeitsam? Neigen Sie dazu, mehr zu arbeiten als sich

Pausen zu gönnen? Fühlen Sie sich immer wieder für andere verantwortlich?

Haben Sie Kinder? nein ja , wie viele? _____

Wie geht es den Kindern? _____

Krankheiten der Kinder? _____

Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:

Mutter lebt hat Krankheit(en) _____

Mutter wann gestorben?, wie alt? _____ an was? _____

Haben Sie die Mutter gepflegt? ja wie lange? _____ nein

Beziehung zur Mutter? eng nicht gut schwierig

Wurden Sie von der Mutter gestillt? Ja nein

Waren Sie willkommen? ja nein Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein?

Sind Sie unehelich geboren?

Wie war die **Geburt**? normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steißgeburt Hausgeburt
im Kreißsaal im Flüchtlingslager

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? ja oft nein

War/ist Ihre Mutter? sensibel künstlerisch introvertiert schwach

War sie beruflich tätig? selten zuhause cholerisch ungerecht laut

dominant hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin

Hat Sie geschlagen? den Vater geschlagen Geschwister geschlagen

Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn?

Vater lebt hat Krankheit(en) _____

Wann gestorben?, wie alt? _____ an was? _____

Haben Sie den Vater gepflegt? ja wie lange? _____ nein

Beziehung zum Vater? eng nicht gut schwierig

Die Eltern leben getrennt sind geschieden

War Ihr Vater? sensibel künstlerisch introvertiert schwach

selten zuhause cholerisch ungerecht laut Alkoholiker

Hat er Sie geschlagen? Ihre Mutter geschlagen Geschwister geschlagen

Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter

Haben Sie Geschwister? nein ja wieviele? _____

Wie ist die Beziehung zu Ihren Geschwistern? _____

Krankheiten Ihrer Geschwister? _____

Krankheiten der Großelterngeneration

Oma mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann? _____ Alter _____

Opa mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann? _____ Alter _____

Oma väterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann? _____ Alter _____

Opa väterlicherseits _____

Gestorben an _____ wann? _____ Alter _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt?

Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse?

Tuberkulose Tripper Syphilis? Malaria? eine Tropenkrankheit?
Wurmerkrankung Schuppenflechte Diabetes Drogenkonsum Rheuma
Alkoholismus psychiatrische Krankheiten Suizid Missbrauch Mord

Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte „Muster“ erkannt?

(Verhalten, Häufung von Geschehnissen wie Unfälle, früher Tod, ähnliche Krankheiten usw.)

.....

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen baldmöglichst an meine Adresse zurück, damit

Sie berücksichtigt werden können und ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann.