**­FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE**

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

* den ausgefüllten *Fragebogen*
* ein aktuelles *Farbfoto* (kann auch gemailt werden an: kontakt@ordination-weixler.at)
* etwaige Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (priv.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. (Handy/geschäftlich): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versich.-Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wahlarztversicherung O ja O nein

Familienstand: O ledig O verheiratet O Lebensgemeinschaft O geschieden O verwitwet

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

An mich empfohlen durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausarzt/Facharzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Was sind Ihre Hauptbeschwerden?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beschwerde** | **seit wann?** | **Ursachen / Auslöser?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikament** | **seit wann?** | **Nebenwirkungen?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Therapieform** | **seit wann?** | **Ergebnis?** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens?** (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abszesse | Allergien | Angina | Asthma | Blähungen | Depression |
| Emphysem | Epilepsie | Erkältungen | Fehlgeburt | Fieberblasen | Gallensteine |
| Gelenksentzündung | Genitalausfluss | Genitalherpes | Genitalwarzen | Gicht | Grippe |
| Hämorrhoiden | Hauterkrankungen | Hepatitis | Herzerkrankungen | Heuschnupfen | Inkontinenz |
| Kopfschmerzen | Krätze | Krebs | Kreuzschmerzen | Keuchhusten | Kropf |
| Leukämie | Lungenentzündung | Malaria | Masern | Mononukleose | Mumps |
| Nierenerkrankungen | Nierensteine | Scharlach | Schlaganfall | Sonnenstich | Syphilis |
| Tripper | Tuberkulose | Verstopfung | Warzen | Würmer | Zuckerkrankheit |
| Alkohol- / Drogen-  missbrauch | Blasen-  entzündungen | Gehirnhaut-  entzündung | Lungenfell-  entzündung | Nasennebenhöhlen-  beschwerden | Schwerer Unfall /  Schwere Verletzung |

Weitere Erkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Erkrankungen, nach denen Sie sich lange nicht richtig erholt haben? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden Sie je misshandelt oder missbraucht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? (wenn ja, wieviel?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie je Nebenwirkungen von Impfungen? (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welche Operationen hatten Sie?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Operation** | **wann?** | **Komplikationen?** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Nur für Frauen:**

Alter bei der ersten Menstruation: \_\_\_\_\_

Dauer eines Regelzyklus in Tagen (z.B. 28 Tage): \_\_\_\_\_\_ Tage.

Dauer der Regelblutung in Tagen (z.B. 4 Tage): \_\_\_\_\_\_Tage.

Beschwerden vor der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschwerden während der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschwerden nach der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschwerden durch Ausfluss (wenn ja, Art des Ausflusses?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie? In welchen Mengen?**

|  |  |
| --- | --- |
| Zigaretten / Tabak: | Drogen: |
| Kaffee: | Alkohol: |

**Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?**

(z.B. Tripper, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, Allergien, Gelenkserkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Kropf, Hauterkrankungen, Herzerkrankungen, Krebs, Lähmungen, Lungenentzündungen, psychische Erkrankungen, u.a.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Verwandter** | **Alter** | Sterbe-alter | **Krankheit(en) / Todesursache** |
| Mutter |  |  |  |
| Vater |  |  |  |
| Geschwister |  |  |  |
| Kinder |  |  |  |
| Großmutter mütterlicherseits |  |  |  |
| Großvater mütterlicherseits |  |  |  |
| Großmutter väterlicherseits |  |  |  |
| Großvater väterlicherseits |  |  |  |
| Tanten / Onkeln |  |  |  |

**Machen Sie bitte ein Kreuz (x) wenn Sie das beschriebene Nahrungsmittel mögen / nicht mögen / nicht vertragen; machen Sie zwei Kreuze (xx), wenn dieses Mögen / Nichtmögen / Nichtvertragen sehr stark ist!** *(Wichtig: ausfüllen nach “Gusto”, unabhängig davon, ob Sie ein Nahrungsmittel für gesund halten!!)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MÖGEN | NICHT MÖGEN | NICHT VER-TRAGEN |  | MÖGEN | NICHT MÖGEN | NICHT VER-TRAGEN |  | MÖGEN | NICHT MÖGEN | NICHT VER-TRAGEN |
| Äpfel |  |  |  | Heißes |  |  |  | Salzig |  |  |  |
| Bier |  |  |  | Kaffee |  |  |  | Sauer |  |  |  |
| Bitter |  |  |  | Kaltes |  |  |  | Sauerkraut |  |  |  |
| Bohnen |  |  |  | Kartoffeln |  |  |  | Scharf |  |  |  |
| Brot |  |  |  | Käse |  |  |  | Schokolade |  |  |  |
| Butter |  |  |  | Knoblauch |  |  |  | Speck |  |  |  |
| Eier |  |  |  | Kohl |  |  |  | (Speise-)Eis |  |  |  |
| Essig |  |  |  | Meeresfrüchte |  |  |  | Spirituosen |  |  |  |
| Fettes |  |  |  | Milch |  |  |  | Suppe |  |  |  |
| Fisch |  |  |  | Nudeln |  |  |  | Süßigkeiten |  |  |  |
| Fleisch |  |  |  | Obst |  |  |  | Tee |  |  |  |
| Gemüse |  |  |  | Orangen |  |  |  | Tomaten |  |  |  |
| Geselchtes |  |  |  | Reis |  |  |  | Wein |  |  |  |
| Gurken |  |  |  | Rohkost |  |  |  | Zwiebeln |  |  |  |
| Sonstiges: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |