



Erst-Anamnese Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Email: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Der Fragebogen dient der strukturierten Erforschung Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und gründlich aus! Flüchtig ausgefüllte Fragebögen sind leider nicht hilfreich und erschweren eine homöopathische oder psychologische Behandlung.

Senden Sie uns den Fragebogen bitte noch vor der Behandlung via Email ausgefüllt retour.

Lesen Sie jeden Satz bitte einzeln durch und fragen Sie sich, ob dieses Thema sie jemals betroffen hat. Auch frühere Beschwerden und Symptome sind wichtig. Alle Fragen beziehen sich auf das ganze Leben.

Ihre Angaben in dem ausgefüllten Fragebogen unterliegen in unserer Praxis der Schweigepflicht und den DSGVO Vorgaben.

Fragen über folgende Krankheitsbilder:

- Begründung für Aufsuchung der Behandlung.....Seite 2
Familienvorgeschichte.....Seite 3
Die eigene Vorgeschichte.....Seite 3-4
Allgemeine Symptomatik.....Seite 4-6
- Erholung/Schlaf
 - Psychische Verfassung/Gemüt
 - Essgewohnheiten / Nahrungsverhältnis



1. Welche Beschwerden führen sie in unsere Behandlung?

z. B.

- wo treten die Beschwerden auf, wohin erstrecken sie sich?
- wann (Uhrzeit Tag), seit wann (Beginn), wie lange (Dauer)?
- Wie tritt der Schmerz auf (Art der Schmerzen, Aussehen)?
- zu welcher Zeit (periodisch, Monat, Jahreszeit)?
- wodurch besser oder schlechter?
- Mögliche Ursachen/Auslöser bekannt?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

2. Familienvorgeschichte

Bitte zutreffendes unterstreichen:

Welche Krankheiten gab es bei Ihren Vorfahren (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Großonkel, Großtanten, Geschwister)? z.B. Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Gürtelrose, Neurodermitis, Warzen, seelische oder Gemütskrankheiten, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, Drogenmissbrauch, Suizid, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheiten, Rheumatismus, Gicht, (Gallen- oder Nierensteine), Leber-, Galle Nierenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Magengeschwür, Krebs, Tuberkulose, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria, Kinderlähmung, Hirnhautentzündung?

Adere: _____

Welche Krankheiten sind von Ihrem Vater bekannt? Keine ☐

Wenn ja, welche _____

Welche Krankheiten sind von Ihrer Mutter bekannt? Keine ☐

Wenn ja, welche _____

Welche Krankheiten sind von Ihren Großeltern (väterl./mütterl.) bekannt? Keine ☐

Wenn ja, welche _____

3. Ihre Vorgeschichte

Nehmen Sie zurzeit Rezeptpflichtige Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Schwanger? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja in welchem Monat: _____

Befinden Sie sich zurzeit in einer Burn-Out Wiederaufbauphase? Ja ☐ Nein ☐

Ja, seit: _____

Befinden Sie sich zurzeit, oder litten Sie früher an einer langwierigeren Depression? Ja ☐ Nein ☐

Ja, seit: _____

Leiden Sie an einer neurologischen oder Systemerkrankung? (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose etc)

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eventuelle chronische Schmerzen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an Nieren-oder Leberschwäche? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an Rücken-, oder Bandscheibenschmerzen, oder sonstige Krankheiten im Rückenbereich?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und seit wann: _____

Sind Sie in einer Form Sprech-, Hör-, oder Gehbehindert? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an einer akuten Erkrankung des Innenohres? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Treiben Sie regelmässig Sport? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welchen: _____

Haben Sie etwaige Allergien? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Asthmatiker*in? Ja ☐ Nein ☐

Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? Ja ☐ Nein ☐

Konsumieren Sie regelmässig Drogen? Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie?

Nein

Nicht mehr seit: _____

Ja, bin Kettenraucher

Ja, nur ab und zu

Kürzlich damit angefangen, seit: _____

Ich versuche es zu beenden

4. Allgemeine Symptomatik

Erholung – Schlaf

Bitte zutreffendes unterstreichen:

Wie schlafen Sie? z.B. gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlafwandeln, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hochliegend, flach, Rücken, Bauch links, rechts, sitzend, kniend, Knie-Ellenbogen-Lage, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße zu warm, Füße herausgestreckt, kalte Füße, frieren im Schlaf, schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen

Wird der Schlaf oft durch bestimmte Empfindungen gestört? z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche: _____

Psychische Verfassung/Gemüt

Sind Sie zurzeit bereits parallel in einer psychiatrischen oder psychologischen Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Hat sich in der letzten Zeit etwas an Ihrer psychischen/seelischen Verfassung geändert?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was: _____

Können Sie leicht zornig werden, schimpfen, „explodieren“? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was trifft eher zu: _____

Wie schätzen Sie sich selbst ein? Wie werden Sie von anderen eingeschätzt?

Ich mich selbst: _____

Andere möglicherweise: _____

Leiden Sie an einer Psychose? (z.B. Schizophrenie, Panikattacken, Zwangsneurosen, Akute Psychose)

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Essgewohnheiten / Nahrungsverhältnis

Mit welchen Hauterkrankungen hatten Sie zu tun?

z.B. Akne, Ekzeme, Flechten, Furunkel, Herpes, Krätze, Pickel, Pusteln, Rundflechte, Warzen oder anderes?

Ja ☐ Keine ☐

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Lebensmittelallergie oder Unverträglichkeit? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Ernährung – zutreffendes unterstreichen

- Ich esse von allem genug, vor allem aber Gesund inklusive Fleisch
- Ich achte nicht sonderlich drauf, was mir schmeckt esse ich
- Ich bin Vegetarier seit: _____
- Ich lebe Vegan seit: _____
- Ich achte auf Halall-gerechtes Essen
- Keines der oben erwähnten Option-andere: _____

Wie ist Ihr Hunger und Appetit, wie essen Sie (z.B. hastig, langsam, warm, kalt, viel, wenig etc.)?

Bitte schildern: _____

Wie fühlen Sie sich vor, während und nach den Mahlzeiten?

Vor den Mahlzeiten: _____

Während dem Essen: _____

Nach den Mahlzeiten: _____

Welche Menge an Flüssigkeit (Wasser) nehmen Sie pro Tag zu sich?

- In Liter: _____
- 2-3 Gläser am Tag
- Keines der oben erwähnten Option – andere: _____

Wasser, Alkohol, Kaffee, Tee? Beschreiben Sie bitte im welchen Verhältnis Sie zur Flüssigkeit Einnahme stehen.

Bitte zutreffendes unterstreichen

- Alles im Rahmen, kein Über Konsum. Genuss
- Ich trinke weder Kaffee noch Alkohol
- Kaffee muss sein, mindestens 3-4 Tassen am Tag
- Wasser genügt mir völlig
- Tee anstelle von Wasser
- Ich bin mehr der «Süssgetränk» Fan
- Keines der oben erwähnten Optionen – andere: _____



-liches Dankeschön für Ihre Zeit und Mitarbeit

*Auszufüllen durch Berater*in / Therapeut*in*

Behandlungsform: _____

Kontraindikationen vorhanden:

Nein

Ja: _____

Notizen: