

Homöopathischer Fragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient

Das Ausfüllen dieses Fragebogens, kann zwischen einer halben und einer Stunde dauern.

Um eine genaue Anamnese (Befragung) durchführen zu können und um Ihre Beobachtungen anzuregen, bitte ich Sie mir diesen Fragebogen gründlich auszufüllen und ihn mir vor unserem ersten Treffen zuzusenden. Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie nur möglich, denn jede Kleinigkeit kann bei der Mittelfindung von grosser Bedeutung sein. Sollten Sie sich zu einem Punkt nicht schriftlich äussern wollen oder können, markieren Sie die Frage und teilen es mir dann mündlich mit. Wichtig ist, dass Sie sich mit allen Fragen beschäftigen. Es wäre von Vorteil, wenn Sie allfällige Röntgenbilder, sonstige diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte, eine Kopie des Impfbüchleins und ein Passfoto mitbringen können.

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der die Patienten als Ganzes im Vordergrund stehen. Der Homöopath versucht bei jedem Patienten das Medikament zu finden, dessen Symptome den auffallenden Krankheitszeichen (Symptome) und der Persönlichkeit des Patienten am ähnlichsten ist. Es reicht also nicht aus der Krankheit oder dem Leiden einen Namen zu geben (Diagnose), wichtiger ist es den genauen Charakter des Patienten und seine Eigenheiten und Geschichte kennen zu lernen. Erst diese Informationen können zum richtigen homöopathischen Heilmittel führen.

Während des Gesprächs können Sie alles erzählen, was Sie beschäftigt. Fragen, die Ihnen zu persönlich sind, können Sie ohne weiteres unbeantwortet lassen, aber genau solche persönlichen Dinge sind sehr hilfreich in der Homöopathie für die Mittelfindung. Auch scheinbar unwesentliche, sogar nicht mit der Hauptbeschwerde im Zusammenhang stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen, können für die Wahl des homöopathischen Heilmittels ausschlaggebend sein. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Dieser Fragebogen wird nie vollständig sein und ersetzt unter keinen Umständen eine professionelle hom. Anamnese. Er soll einfach helfen, möglichst keinen Bereich zu vergessen und er soll uns etwas Zeit sparen helfen.

Haben Sie nun aber Beschwerden welche im Fragebogen nicht abgefragt wurden oder nicht genau beantwortet werden konnten, bitte ich Sie, mir diese genau zu erläutern. Sollte bei einigen Frage zu wenig Platz vorhanden sein, bitte ich Sie auf der Rückseite weiter zu schreiben und dies zu vermerken.

Personalien

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Beruf:

E-mail:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Grösse:

Gewicht:

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

1. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie über längere Zeit ein? (Packungsbeilagen mitbringen (auch Hormone, pflanzliche- und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, usw.). Wenn Sie in letzter Zeit homöopathische Arzneien eingenommen haben, bitte ich Sie, mir diese mit Namen und Potenz aufzuführen. Lassen Sie sich eine Liste der Mittel Ihres vorherigen Homöopathen zusammenstellen.

2. Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz warum Sie zu mir kommen? (Sollten Sie mehr Platz brauchen, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter).

3. Erwartung

Was erwarten Sie von der homöopathischen Behandlung?

4. Schwitzen / Temperatur

Wann und in welchen Situationen schwitzen Sie?

Wie stark schwitzen Sie?

An welchen Körperteilen schwitzen Sie am stärksten?

Wie ist der Schweiß? warm kalt klebrig
 ölig färbt die Wäsche
 ätzt Löcher in die Wäsche

Wie ist der Geruch? faulig scharf sauer nach Urin

Wie fühlen Sie sich während/nach dem Schwitzen?

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

Wie ist Ihre Körpertemperatur?

- Heiss/Warm
- Ausgeglichen
- Kalt („Gfrörl“)
-

Ertragen Sie heisses oder kaltes Wetter/Temperaturen besser?

Wie ist die gefühlte Temperatur Ihrer Extremitäten (Hände, Füsse, etc)?

- heiss, brennend
- kalt
-

Wann und wo trifft das zu? (z.B. Im Bett, Abends, etc...)

5. Essen und Trinken

Haben Sie bei den unten stehenden Lebensmitteln besonderes Verlangen (mit „x“ markieren), Abneigung (mit „o“ markieren) oder Reaktionen wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall, etc.?

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> süss/Zucker | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> fettes Fleisch |
| <input type="checkbox"/> geräuchertes Fleisch | | <input type="checkbox"/> Fleisch allg. | <input type="checkbox"/> Fisch/Meeresfrüchte |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Früchte | <input type="checkbox"/> Zwiebeln | <input type="checkbox"/> Knoblauch | <input type="checkbox"/> Gemüse |
| <input type="checkbox"/> Blähende Speisen (Kohl, Sauerkraut, etc.) | | | <input type="checkbox"/> Gewürze |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Warmes Essen/Trinken | | <input type="checkbox"/> Kaltes Essen/Trinken | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> Tee |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Was ist Ihr Lieblingsessen (Lieblingslebensmittel) oder Getränk?

Was mögen Sie überhaupt nicht? Wogegen haben Sie eine Abneigung oder sogar Ekel?

Welche Lebensmittel, Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?

Wieviel von was trinken Sie pro Tag? Haben Sie ein Durstgefühl? (oder trinken Sie nur genug, weil Sie wissen, dass es gesund ist?) Kann es vorkommen, dass Sie das Trinken ver-gessen?

6. Stuhlgang

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen/Wind |
| <input type="checkbox"/> spez. Geruch | <input type="checkbox"/> Explosionsartiger Stuhl | |
| <input type="checkbox"/> starkes Pressen | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (unwillkürlicher Stuhlabgang) | |

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

7. Urin, Wasserlassen

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

Riecht der Urin auffällig? Ja Nein

Kennen Sie unwillkürliches Wasserlassen? Ja Nein

8. Sonstige Beschwerden

Kennen Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?
Bitte unterstreichen und ankreuzen.

Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht, etc.) Ja Nein

Augen: (Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen, etc.) Ja Nein

Ohren; (Hören, Geräusche, Ausfluss, etc.) Ja Nein

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

- Nase: (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten, etc.) Ja Nein
- Mund: (Geschmackssinn, Gefühl, Speichel, Zunge, etc.) Ja Nein
- Lippen: (Risse, Blasen, Haut, etc.) Ja Nein
- Zähne: (Karies, Schmerzen, Farbe, etc.) Ja Nein
- Zahnfleisch: (geschwollen, blutend, zurückgezogen, etc.) Ja Nein
- Hals: (Mandeln, Schluckbeschwerden, Stimme, etc.) Ja Nein
- Erkältungen: (Häufigkeit, etc. Ergänzungen auf Rückseite) Ja Nein
- Lungen/Bronchien: Ja Nein
- Herz: Ja Nein
- Rücken, Gelenke, Arme, Beine: Ja Nein
- Bauch: (Schmerzen, Erbrechen, Blähungen, etc.) Ja Nein
- Haut, Haare, Nägel, Wundheilung: Ja Nein
- Sexualität: Ja Nein
- Sonstiges: (Bitte auf Rückseite erwähnen.) Ja Nein

9. Für Frauen

Wie alt waren Sie bei der 1. Periode (Menarche)?

Gab es damals Schwierigkeiten? Ja Nein

Wie lange ist Ihr Zyklus?

Ist dieser regelmässig? Ja Nein

Wie lange dauert die Blutung? (Stärke, Farbe, Konsistenz)

Haben Sie Beschwerden (Schmerzen, Stimmungsschwankungen, etc.) Ja Nein

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
 Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
 Telefon: 044 / 860 00 02
 adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

vor Blutung während Blutung nach Blutung

Besteht Ausfluss? Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie diesen: (Farbe, Geruch, Art, Jucken, etc.)

Haben Sie Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den Brüsten? Ja Nein

Schwangerschaftsverhütung? (Pille, Spirale, etc.) Ja Nein

Gibt es Beschwerden mit den Wechseljahren? Ja Nein

Fehlgeburten, allg. Gynäkologische Probleme, Schwangerschaftsbeschwerden, etc.? Ja Nein

Sonstiges, bitte stichwortartig auführen:

10. Für Kinder:

Wie verlief die Schwangerschaft und die Geburt (Kaiserschnitt, etc)?

Wie ist/war die Entwicklung? (Krabbeln, Aufstehen, Laufen lernen, Zahnung, Sprechen lernen, etc.)

Wurde geimpft? Wurden diese über längere Zeit gesehen vertragen oder wurden ganz all gemeine (nicht nur unbedingt mit der Impfung in Zusammenhang stehende Symptome, An fälligkeiten) Probleme einige Zeit (Wochen, Monate) nach der Impfung festgestellt? Bitte Kopie des Impfbüchleins beilegen!

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

Kinderkrankheiten?

11. Schlaf

Beschreiben Sie mir Ihre Schlafstellung? (Rücken, Seite, Haltung der Arme und Hände, etc.)

In welcher Stellung können Sie nicht schlafen?

Besonderheiten während des Schlafs? (Schnarchen, Zähneknirschen, Schwitzen, Speichelfluss, Sprechen, Weinen, Lachen, Schlafwandeln, Schlaflosigkeit, Zuckungen, Zudecken, Abdecken, Hitze, Kälte, Erwachen, etc.)

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

Sind Sie morgens erfrischt? (Auch nach Mittagsschlaf, Nickerchen, etc.) Ja Nein

12. Allgemein

Wie vertragen Sie folgende Punkte?

	SehrGut	Gut	Schlecht	SehrSchlecht
Heisses oder kaltes Wetter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regen, bewölkttes Wetter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühling, Sommer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbst, Winter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturm, Gewitter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmes oder kalte Bäder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

Sonne, Mond (Vollmond).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langes stehen oder sitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwärts- oder Abwärtsschauen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runterschauen von einem hohen Punkt (Turm).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschauen von sich bewegenden Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche, plötzliche Geräusche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik, Licht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Gerüche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakrauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berührung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enge Kleider (Kragen, Hosen, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Füße.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaltes/Kühles Zimmer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmes Zimmer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frische Luft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Meer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommen Beschwerden bevorzugt auf einer Körperseite vor? Wenn ja, auf welcher?

Haben Sie Schwächegefühle? Ja Nein
 Falls Ja, beschreiben Sie diese genauer:

Wie geht es Ihnen	Sehrgut	Gut	Schlecht	SehrSchlecht
Vor der Periode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Periode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor, während, nach Schwitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fasten (Hunger), nach dem Essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Ärger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor wichtigen Verabredungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Prüfungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Weinen (Erleichterung od. Nicht).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Trost, Mitgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Menschenmenge (Konzert, Kino, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem geschlossenen Raum (Lift, Zimmer, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Denken an Krankheiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens, Abends, Nachmittags, Nachts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Baden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchzug, Luftzug.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Alleinsein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
 Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
 Telefon: 044 / 860 00 02
 adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

In Gesellschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei körperlicher Anstrengung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei geistiger Anstrengung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Treppensteigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Abwärtsgehen oder -fahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fahren (Auto, Bus, Zug, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fliegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen auf dem Rücken und linke Seite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen auf dem Rücken und rechte Seite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen auf dem Bauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Geist und Gemüt

Was waren die grössten Sorgen/Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

Die grössten Freuden?

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders? (Ihre Leidenschaft)

Gibt es Beschäftigungen, denen Sie gar nicht gerne nachgehen?

Gibt es Stimmungen, Verhaltensweisen oder Charaktereigenschaften, welche Ihnen unangenehm sind, welche Sie (obwohl Ihnen bewusst), kaum beeinflussen können?

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnis, Partnerschaft, Beruf, etc.)

Wie ist die Beziehung zu Ihren Eltern und zu Ihren Kindern?

Wie sieht Ihre Zukunft aus? (Wünsche, Träume, Befürchtungen, Pläne?)

Gibt es Schwierigkeiten bei Ihren geistigen Fähigkeiten oder bei Ihrem Gedächtnis?

Ja Nein

Wie ist Ihre Erinnerung betreffend, Namen, Gesichter, Orten, Gelesenes, etc.?

Gut Schlecht

Wie ist Ihre Willenskraft und Ihr Selbstvertrauen?

Gut Schlecht

Haben Sie manchmal Gedanken, welche Sie lieber nicht hätten? Wenn ja, welche?

Haben Sie irgendwelche Ängste? (z.B. Tiere, Höhe, Enge Räume, Dunkelheit, viele Leute, Alleinsein, Räuber, Krankheiten, Tod, etc.)

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

Gibt es unangenehme Empfindungen? Welche?

Ja Nein

Können Sie vor anderen Leuten weinen? Mögen Sie Trost?

Werden Sie schnell gereizt?

Ja Nein

Was kann Sie wütend machen (ärgern/reizen)?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch und Kritik? (körperliche und psych. Symptome)

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft andere Menschen?

Sind Sie lieber alleine?

Ja Nein

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung/Unordnung?

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch

14. 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 (Sie dürfen diese erweitern) **Bitte zu jedem Ereignis die Jahreszahl anfügen. Diesen Teil bitte genau ausfüllen - Sehr wichtig!**

Kindheit:

Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-, Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Ernährungsstörungen, Rachitis, Entwicklungsstörungen, 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 (Syphilis, Tripper, Trichomonaden), Scheidenpilz, Nieren-, Blasenentzündungen, Stirn-, Kieferhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknotenschwellungen, etc.

Haut:

Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphthen, 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 oder 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, Alkohol, Bluttransfusionen, etc.

Prägende Ereignisse

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

0 Jahre (Geburt)



15. Familienanamnese

Nach Möglichkeit, bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursache und Alter der Angehörigen. **Auch dieser Teil ist sehr wichtig und daher bestmöglich auszufüllen!**

Urgrosseltern (Mutterseits)		Urgrosseltern (Vaterseits)	
Grossvater (Mutterseite)	Grossmutter (Mutterseite)	Grossvater (Vaterseite)	Grossmutter (Vaterseite)
Mutter, Geb. Datum:		Vater, Geb. Datum:	
Geschwister			
Alter:			

16. Bestätigung und Erlaubnis

Hiermit gebe ich die Erlaubnis meine Anamnese auf Video aufzuzeichnen. Dies gibt dem Therapeuten die Möglichkeit die Anamnese nochmals zu studieren und evtl. wichtige Details anzuschauen. Das Datenmaterial wird gemäss der Schweigepflicht vertraulich behandelt. Bitte betreffendes ankreuzen.

JA - mein Fall darf auf Video aufgenommen werden.

NEIN - ich möchte nicht gefilmt werden.

Hiermit gebe ich die Erlaubnis meinen Fall für Schulische- oder Supervisions-Zwecke zu verwenden. Meine Personalien bleiben dabei geheim. Alle Therapeuten welchen mein Fall gezeigt wird unterliegen der Schweigepflicht. Bitte betreffendes ankreuzen oder visieren.

Fall darf inkl. Video gezeigt werden

Fall darf nur ohne Video vorgetragen werden

Fall darf nicht zu schulischen Zwecken verwendet werden

Mit meiner Unterschrift (oder deren des gesetzlichen Vertreters) bestätige ich die oben gemachten Angaben und dass ich alle Informationen auf dem mitgelieferten Informationsblatt für Patienten verstanden und akzeptiert habe.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Adrian Schneider, Klassischer Homöopath HVS/SHS
Kasernenstrasse 4, 8180 Bülach
Telefon: 044 / 860 00 02
adrian.schneider@similibus.ch , www.similibus.ch