

Anamnesebogen Homöopathie

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der die Klienten als Ganzes im Vordergrund stehen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist Ihre Mitarbeit nicht nur hilfreich, sondern wegweisend und notwendig. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Patientenangaben

Name

Geburtsdatum

tt.mm.jjjj



Vorname(n)

Geburtszeit / -ort

Adresse

Sternzeichen

Telefon

Krankenkasse

E-Mail

Heilpraktikerversicherung

Nein Ja, bei:

Beruf

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was ist Ihr Anliegen? (Krankheit, Beschwerden, Problem, Thema ...)

Wie möchten Sie behandelt werden?

Homöopathisch und Osteopathisch Ausschließlich Homöopathisch Ausschließlich Osteopathisch

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Wenn ja, welche und wie oft?

Haben Sie Antidepressiva / Psychopharmaka eingenommen?

Nein

Wenn ja, was und wie oft?

Was ist das Ziel der Behandlung? Was erhoffen Sie sich?

Kommen Beschwerden bevorzugt auf einer Körperseite vor?

Nein – wenn ja, welche: _____

Haben Sie Schwächegefühle?

Nein

wenn ja, bitte beschreiben

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert?

Schmerzskala (1–10): _____

Stimmungsbarometer (1–10): _____

Wodurch werden Ihre Beschwerden *besser*?

(1 = depressiv – 10 = sehr glücklich)

Heilung heißt Wandlung. Sind Sie bereit, Veränderungen zuzulassen? Wenn ja, welche?

Wodurch werden Ihre Beschwerden *schlechter*?

Womit hatten/haben Sie häufig oder intensiv Probleme?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gallenprobleme | <input type="checkbox"/> Leberprobleme | <input type="checkbox"/> Magenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Darmprobleme | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Haarausfall kreisrund | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Libidoverlust | <input type="checkbox"/> Impotenz | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme | <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |

Wann war die letzte Impfung und welche war das?

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

Wurden Sie operiert?

- Nein

Wenn ja, wo und wie oft?

Hatten Sie Unfälle / Traumata / Verletzungen?

- Nein

Wenn ja, wann/wo, wie oft, wie behandelt?

Neigen Sie zu wiederkehrenden Reaktionsmustern?

z.B. Blasenentzündungen, Rückenschmerzen, Stirnhöhlenvereiterungen, Augenentzündungen, Herpes

Gab/gibt es Schwellungen, Tumore, Krebsgeschehen?

Nein

Wenn ja, wann/wo und wie behandelt?

Körper & Wärme

An welchen Körperteilen schwitzen Sie am stärksten?

- Kopf Nacken Füße Rücken
 Achseln überall gar nicht/wenig

Welche Temperaturen ertragen Sie besser?

- Heiß Kalt

Wie ist Ihre Körpertemperatur?

- heiß/warm ausgeglichen kalt

Gefühlte Temperatur der Extremitäten (Hände, Füße)?

- heiß, brennend kalt sonstiges

Ernährung & Trinken

U = Unverträglichkeit | V = Verlangen | A = Abneigung – Nur ausfüllen wenn deutlich vorhanden

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milch kalt/warm | <input type="checkbox"/> kalte Getränke | <input type="checkbox"/> warme Getränke |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> fette Speisen |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Geräuchertes |
| <input type="checkbox"/> gut gewürzte Speisen | <input type="checkbox"/> Gemüse | <input type="checkbox"/> Eis |
| <input type="checkbox"/> Eier weich | <input type="checkbox"/> Eier hart | <input type="checkbox"/> Käse |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Salate | <input type="checkbox"/> Salziges |
| <input type="checkbox"/> Saures | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Zwiebeln |
| <input type="checkbox"/> Eiswürfel | <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Kaffee |

Lieblingssessen / -getränk

Trinkmenge pro Tag

Durstgefühl?

- Ja Nein / vergesse Trinken

Was ist Ihr Lieblings ...

Farbe

Pflanze

Buch

Schauspieler

Film

Tier

Märchen

Land

Stuhlgang

- Verstopfung Durchfall Blähungen/Wind spez. Geruch Explosionsartiger Stuhl
 starkes Pressen Stuhlinkontinenz

Urin / Wasserlassen

Gibt es beim Wasserlassen irgendwelche Probleme?

Riecht der Urin auffällig?

- Ja Nein

Unwillkürliches Wasserlassen?

- Ja Nein

Nachts regelmäßig?

- Ja Nein

Für Frauen

Alter bei erster Periode

Schwierigkeiten damals?

- Ja Nein

Zykluslänge / Regelmäßig?

Tage _____ Ja Nein

Dauer der Blutung

Beschwerden?

- vor Blutung während nach Blutung

Ausfluss?

- Ja Nein

Schwangerschaftsverhütung (Pille/Spirale)?

- Ja Nein

Beschwerden in den Wechseljahren?

- Ja Nein

Kinder? (Anzahl) / Alle vom gleichen Partner?

- Ja Nein

Anzahl

Unerfüllter Kinderwunsch?

- Ja Nein

Früh-/Fehlgeburten oder Abtreibungen?

- Ja Nein

wenn ja: was, wann, wie oft?

Schlaf

Beschreiben Sie Ihre Schlafstellung

Besonderheiten während des Schlafs?

Erwachen, Zähneknirschen, Schwitzen, Sprechen, Lachen, Schlafwandeln, Schlaflosigkeit, Zuckungen, Zudecken/Abdecken

Erwachen immer um dieselbe Zeit?

Ja Nein

wenn ja, wann?

Morgens erfrischt?

Ja Nein

Gibt es wichtige oder wiederkehrende Träume?

Nein

Wenn ja, bitte beschreiben ...

Gedächtnis & Psyche

Angst vor Gewittern?

Ja Nein

Intensives Grübeln, ob Sie zuhause nichts vergessen haben?

Ja Nein

Gibt es Gedächtnisschwierigkeiten?

Nein – wenn ja: Erinnerung Namen Gesichter Orte Gelesenes

Wie ist Ihre Willenskraft / Selbstvertrauen?

stark vorhanden schwach

Unerwünschte Gedanken (Tiere, Höhe, Tod, enge Räume)?

Leicht reizbar?

Ja Nein

Allein oder in Gesellschaft?

Allein Gesellschaft

Entscheidungsfreudig?

Ja Nein

Struktur oder Chaos?

Struktur Chaos

Zur Vorgeschichte

Gab es Beschwerden/Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen?

Nein

Wenn ja, welche?

Wie verlief Ihre Geburt (APGAR?), gab es Komplikationen?

Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie gestillt?

Nein Ja, wie lange: _____

Hatten Sie ...

- Windpocken Masern Diphtherie
 Scharlach Röteln Wutanfälle

Gab es Komplikationen (z.B. Hirnhautentzündung)?

Nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten / Hauterkrankungen?

Beschreiben Sie sich als Kind oder Jugendliche(r)

Sinneswahrnehmungen & Empfindlichkeiten

Sind Ihre Sinneswahrnehmungen gestört, eingeschränkt oder überempfindlich?

Hören Sehen Schmecken Riechen

Reagieren Sie empfindlich auf ...

- | | | | |
|---------------------|---|-------------------------------------|---|
| Bewegte Gegenstände | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Geräusche (plötzlich laut) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Musik / Licht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Starke Gerüche | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Berührung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Enge Kleider (Kragen, Hosen, Schal) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kalte Füße | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Warmes / Kaltes Zimmer | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wind | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Am Meer / Frische Luft | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Widerspruch | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Wie geht es Ihnen bei ...

- | | |
|------------------------------|---|
| vor der Periode | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| nach der Periode | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor/während/nach Schwitzen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Fasten / nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei Ärger | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor wichtigen Verabredungen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| vor Prüfungen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| nach Weinen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| mit Trost, Mitgefühl | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in einer Menschenmenge | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in einem geschlossenen Raum | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Denken an Krankheiten | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Fahren | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Morgen | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Abend | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| am Nachmittag | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| in der Nacht | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Baden | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei körperlicher Anstrengung | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| bei geistiger Anstrengung | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |
| beim Liegen auf dem Bauch | <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Schlechter |

Haben Sie Schwindel?

Ja Nein

Länger anhaltende Taubheitsgefühle?

Ja Nein

Finger Haut Beine Füße

Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich am wohlsten?

Haben Sie Kopfschmerzen / Migräne?

Ja Nein

Leben Sie in einer Beziehung?

Ja Nein

Wie geht es Ihnen in der Dunkelheit?

Wo wären Sie heute, wenn Sie Ihre höchste Vision verwirklicht hätten?

Hobbies: Was macht Sie glücklich / entspannt? Was tut gut?

Familiensystemisches Umfeld

- Beziehung zur Mutter eng nicht so eng
- Beziehung zum Vater eng nicht so eng
- Wurden Sie von Ihrer Mutter gestillt? Ja Nein
- Waren Sie ein Wunschkind? Ja Nein
- Sollten Sie ein Junge oder Mädchen werden? Mädchen Junge egal
- Waren Sie als Neugeborenes von der Mutter getrennt? Ja Nein

Wenn ja, warum und wie lange?

Gab es Grenzverletzungen? Ja Nein

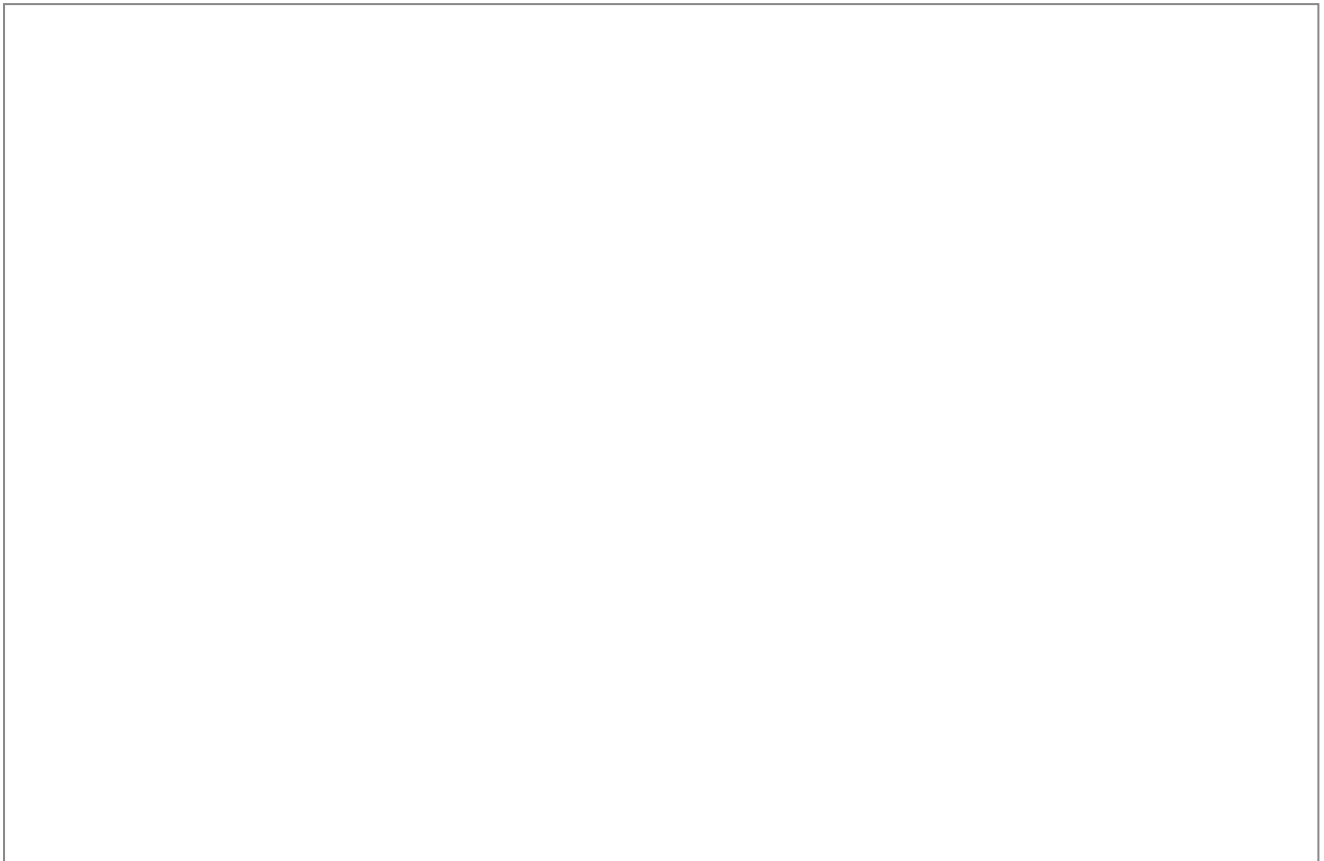
Gab es Alkoholprobleme im Familienumfeld? Ja Nein

Gab es in der Großfamilie folgende Krankheiten / Geschehnisse?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Tripper | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Krätze | <input type="checkbox"/> Alkoholismus |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Psych. Krankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord |
| <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> Abort | <input type="checkbox"/> Kindstod |
| <input type="checkbox"/> Erbstreit | | |

Familienanamnese

Nach Möglichkeit bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursachen und Alter der Angehörigen.



Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie in chronologischer Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Unfälle und Operationen usw. ein – mit **Jahreszahl**.

<p>Kindheit: Schwangerschaft, Geburt, Hüftdysplasie, Trichter-/Hühnerbrust, Wachstumsschmerzen, Koliken, Schielen, Stottern, Bettnässen, Nasenbluten, Nägelkauen etc.</p> <p>Kinder- & Infektionskrankheiten: Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Angina, Bronchitis, Lungen-/Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Parasiten, Zeckenbisse, Gelbsucht etc.</p> <p>Haut: Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Pilzkrankungen etc.</p> <p>Unfälle / OPs: Plastische Chirurgie, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen etc.</p> <p>Allg. Krankheiten: Krebs, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Diabetes, Rheuma, Arthrose, Gicht, Steine, Schilddrüse, Epilepsie, MS, Parkinson etc.</p> <p>Allgemeines: Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, Alkoholismus, Süchte, Suizidversuche, Bluttransfusionen etc.</p> <p>Prägende Ereignisse: Pubertät, Scheidung der Eltern, Trennungen, Todesfälle, Kündigung, Schock, langanhaltende psychische Belastungen, unterdrückte Emotionen etc.</p>	<p>Bitte hier chronologisch eintragen – mit Jahreszahl ...</p>
--	--

Gibt es sonstige Hinweise und/oder Anmerkungen, die möglicherweise wichtig sein könnten für eine erfolgreiche Mittelfindung?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Zeit und Ihr Vertrauen!

⚠️ Datenschutzhinweis: Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Behandlungsvorbereitung verarbeitet und gespeichert werden. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bei Versendung per E-Mail erfolgt die Übermittlung **ohne Verschlüsselung auf eigenes Risiko**. Empfohlen: PDF ausdrucken und persönlich abgeben oder per Post senden.

Post: Julia Stickel · Im Ried 23 · 96138 Burgebrach | **E-Mail:** termine@heilpraktikerbamberg.de | **Fax:** 09546 / 59 56 221

Unterschrift (mit Maus oder Finger zeichnen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient