

Erwachsenen - Kurzinformation

Name: _____

Name Deiner Hausapotheke: _____

Adresse: _____

Straße: _____ Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Tel-Nr _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein /in welcher Dosierung?

E-mail: _____

Geburtstag: _____ Alter: _____

Beruf: _____

Welche homöopathischen Arzneimittel hast Du bisher eingenommen/
In welcher Dosierung? _____

Geschlecht: Frau Mann

Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Herr/Frau _____ hat mich empfohlen

Lebenssituation: alleinstehend zusammenlebend in Beziehung verheiratet nie verheiratet Witwe/r

Tabakkonsum _____ Stk./Tag Alkoholkonsum _____ Tag/Woche

Arbeitssituation: Schule Studium Haushalt Vollzeitarbeit Teilzeitarbeit Selbstständig
 arbeitslos Frührente Rente

Anzahl Ihrer Kinder: _____ Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: _____ Anzahl der Haushaltsmitglieder insg.: _____

Mitglieder Deines Haushaltes:

Beziehung	Alter	Name	Krankheiten

Hast Du Haustiere? Wenn ja welche _____

Welche auffallenden Erkrankungen liegen bei anderen Blutsverwandten vor (Erbkrankheiten, Rheuma, Tuberkulose, Krebs, Herzkrankheiten, Allergien usw.)

Beziehung	Alter	Name	Krankheiten

Welche auffallenden Erkrankungen hattest Du bisher? _____

Gibt es Probleme in Deinem Haus/ Wohnung (Feuchtigkeit, Ungeziefer, giftige Absonderungen usw.)? _____

Warst Du kürzlich im Krankenhaus? _____ Gab es mehr als drei stationäre Behandlungen? _____

	1. Krankenhausaufenthalt	2. Krankenhausaufenthalt	3. Krankenhausaufenthalt
Art der Erkrankung oder Operation			
Monat und Jahr des Aufenthaltes			
Name des Krankenhauses			

Gesundheitsbefragung

Kurzinformation zu wiederkehrenden Symptomen

Alle Informationen dienen zur Erfüllung der Sorgfaltspflicht und werden vertraulich behandelt

Hattest Du in den letzten Monaten Probleme mit einem oder mehreren der im folgenden genannten Symptome, kreuze bitte an:

- Häufige oder starke Kopfschmerzen
- Nackenschmerzen
- Nackenschwellungen oder Knoten
- Verlust des Gleichgewichts
- Benommenheitsphasen
- Ohnmacht
- Tragen Sie eine Brille
- Beeinträchtigung der Sicht
- Verschlechterung der Sehkraft
- Doppelsehen
- Farben oder Lichtersehen
- Augenschmerzen oder – jucken
- Wässrige Augen

- häufiges Wasserlassen
- unwillkürlicher Urinabgang
- Brennen beim Wasserlassen
- brauner od. blutiger Urin
- schwacher Urinstrahl
- Probleme Wasser zu lassen
- häufiger Harndrang

Für Männer

- Brennen oder Absonderungen
- Hodenschwellung oder Knoten
- Hodenschmerzen

Für Frauen

- Ausbleiben der Periode
- Menstruationsprobleme
- Zwischenblutungen
- Schmerzen vor der Periode
- starke Blutungen
- Senkungsgefühl im Unterbauch
- vaginale Absonderungen
- genitale Entzündungen
- Schmerzen beim Verkehr
- Schwellung oder Knoten in der Brust
- schmerzhaft Brüste

- Probleme mit dem Gehör
- Ohrenscherzen
- auffallende Absonderungen aus dem Ohr
- Ohrgeräusche

- Zahnprobleme
- schmerzendes, blutendes Zahnfleisch
- Schmerzende , brennende Zunge

- Herpesinfektionen

- verstopfte Nase
- laufende Nase
- häufige Niesanfalle
- häufig Schnupfen
- Nasenbluten
- Halsschmerzen
- Schluckbeschwerden
- Heiserkeit

- _____ Anzahl der Schwangerschaften
- _____ Anzahl der Geburten
- _____ Fehlgeburten
- _____ Frühgeburten
- _____ Kaiserschnitt
- _____ Abtreibungen

- Auswurf
- Auswurf blutig
- Herzklopfen /Herzrasen
- Brustschmerzen
- Kurzatmigkeit bei normaler Anstrengung

- Schmerzen in Muskeln od. Gelenken
- geschwollene Gelenke
- Rücken –od. Schulterschmerzen
- Schwäche in Armen od. Beinen
- Fußschmerzen
- Zittern
- Taubheitsgefühle
- Beinkrämpfe
- Hautprobleme
- Warzen
- juckende od. brennende Haut
- schnell blaue Flecken

- Verstopfung
- Übelkeit
- Erbrechen
- Bauchschmerzen
- Blähbauch
- Durchfall
- schwarzer Stuhl
- grauer Stuhl
- Schmerzen im Rektum
- After jucken
- Blut im Stuhl

- Nervosität oder Ängstlichkeit
- Nervös mit Fremden
- Nägelkauen
- Unentschlossenheit
- Schlechte Konzentration
- Geistesabwesenheit
- Gedächtnisverlust
- Ruhelosigkeit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sorgenvoll | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust ohne Diät |
| <input type="checkbox"/> beängstigende Träume oder Gedanken | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Verzweiflung | <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich manchmal kälter |
| <input type="checkbox"/> Scheu | <input type="checkbox"/> oder wärmer als andere |
| <input type="checkbox"/> empfindlich bei Kritik | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> leicht zu verärgern | <input type="checkbox"/> Immer hungrig |
| <input type="checkbox"/> Familiäre Probleme | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Ungewöhnliche Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeitsgefühl oder Depression | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Weinen | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Frost |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Entspannen | <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit |
| <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Beanspruchen Sie psychiatrische/
therapeutische Hilfe | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen |

Sind im Zusammenhang mit Deinen Beschwerden ernsthafte Erkrankungen ausgeschlossen worden, z.B. Krebs, MS, Tumore usw.?

Kommentare der Probleme:

Ich bitte um rechtzeitige Rücksendung der unterschriebenen Unterlagen. Dadurch erst wird der oben genannte Behandlungstermin verbindlich.

Ich bin mit den aufgeführten Punkten sowie der homöopathischen Behandlung einverstanden und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum _____

Unterschrift _____