



Homöopathiepraxis
Céline Intlekofer

Name:.....

Beschwerden:

Welche Beschwerden haben Sie?

.....
.....
.....
.....

Haben Sie eine spezifische Diagnose?

.....

Seit wann, wo und wie treten die Beschwerden auf?

.....
.....
.....
.....

Was verbessert und/oder verschlimmert die Beschwerden? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung...)

.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?

.....
.....

Vorgeschichte:

(Bitte geben Sie bei den folgenden Antworten wenn möglich jeweils das Datum, das Jahr, den Zeitraum an.)

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

(z.B. Kinderkrankheiten, Atemwegsinfekte, Geschlechtskrankheiten, Blasen-/Nieren-/Harnwegsinfekte...)

.....
.....
.....
.....
.....

Welche anderen Erkrankungen haben/hatten Sie?

(z.B. Krebs, Autoimmunkrankheiten, Allergien, Hauterkrankungen, psychische Erkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen...)

.....
.....
.....
.....

Welche Impfungen hatten Sie?

(Gerne können Sie auch eine Kopie des Impfausweises mitbringen.)

.....
.....
.....

Welche Operationen hatten Sie?

.....
.....
.....

Welche Verletzungen hatten Sie?

(z.B. Gehirnerschütterungen, Knochenbrüche, Schnittverletzungen, Verbrennungen...)

.....
.....
.....
.....

Familienanamnese:

Geben Sie die Erkrankungen (gegebenenfalls auch Todesursachen) Ihrer nahen Verwandten an:

Mutter:

.....

Vater:

.....

Geschwister:

.....

Grossmutter mütterlicherseits:

.....

Grossvater mütterlicherseits:

.....

Grossmutter väterlicherseits:

.....

Grossvater väterlicherseits:

.....

Onkel/Tanten:

.....