

# Fragebogen für die klassische Homöopathie

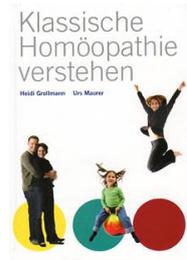
---

## Liebe Patientin, lieber Patient

Vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben. Ich freue mich, Sie auf Ihrem Weg begleiten zu dürfen.

Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme.

Es ist mir ein großes Anliegen, dass meine lieben Patienten die Wirkungsweise der klassischen Homöopathie kennen und verstehen, wie der Heilungsverlauf abläuft. Deshalb bin ich sehr dankbar, wenn Sie das Buch „klassische Homöopathie verstehen“ lesen. Das Buch kann bei mir für 20.- Fr. in der Praxis bezogen werden oder via Ebook für 10 Fr. unter [www.gromaverlag.ch](http://www.gromaverlag.ch) bestellt werden.



## Erreichbarkeit

Meine Telefonzeiten sind am Montag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag von 08.30 – 12.00 Uhr. Sie dürfen aufs Band sprechen und ich rufe Sie zurück.

## Medikamente

Sollten Sie schulmedizinische Medikamente einnehmen müssen, dürfen solche nur in Absprache mit dem zuständigen Arzt ausgeschlichen oder abgesetzt werden. Setzen Sie niemals selbständig Medikamente ab! Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Homöopathische Therapie keinen Ersatz für eine ärztliche Diagnose/Behandlung oder psychologische/psychotherapeutische Beurteilung und Diagnoseerstellung ist.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung nach den Regeln der Klassischen Homöopathie.

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Dinge mit:

- Kopie vom Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das uns entgegen gebrachte Vertrauen.

Gemäss Datenschutzgesetz sind wir verpflichtet, diese Informationen zu teilen:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen der ersten Seite gelesen habe und mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch Praxis für klassische Homöopathie Christina Steiner GmbH sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen Praxis für klassische Homöopathie Christina Steiner GmbH und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens Praxis für klassische Homöopathie Christina Steiner GmbH ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Personalien

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

Mobiltelefon:

Beruf:

E-Mail:

Zivilstand:

Geschwister:

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf mich gekommen (Internet, Bekannte, ...) ?

---

## Hauptbeschwerden

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz, warum Sie zu mir kommen.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ein oder haben Sie früher über längere Zeit eingenommen? Dazu gehören auch pflanzliche und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze, usw. Haben Sie in den letzten Jahren Cortison/Antibiotika eingenommen? Bitte auch Verhütungsmittel notieren.

---

---

---

## Geist und Gemüt

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Reagierten Sie auf Impfungen, vielleicht auch erst nach längerer Zeit?

---

---

---

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.) Gibt es Allergien? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

### Chronologischer-Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in zeitlicher Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Kinderkrankheiten, Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle, Operationen, einschneidenden Erlebnisse usw. Notieren Sie zu jedem Ereignis auch die Jahreszahl oder Ihr Alter. Bitte notieren Sie, mit welchen Medikamenten die Krankheiten behandelt wurden.

#### 0 Jahre (Geburt)

▼ heute

## Familienanamnese

Notieren Sie, bitte, möglichst umfassend Ihnen bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursachen und das Alter zum Zeitpunkt des Todes Ihrer Angehörigen.

**Asthma, Allergien, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren-, Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Kropf, Zysten, Myome, Nieren-, Gallensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol-, Suchtprobleme, Missbildungen, hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Geisteskrankheiten, Suizid etc.**

Urgrosseltern (mütterlicherseits)	Urgrosstanten/-onkel (mütterlicherseits)	Urgrosseltern (väterlicherseits)	Urgrosstanten/-onkel (väterlicherseits)
Grosseltern (mütterlicherseits)	Onkel, Tanten (mütterlicherseits)	Grosseltern (väterlicherseits)	Onkel, Tanten (väterlicherseits)
Mutter		Vater	
Geschwister		Eigene Kinder	