

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung für Erwachsene

Name / Vorname:
 Strasse :
 PLZ / Wohnort:
 Telefon / Natel Privat:
 Telefon Geschäft:
 Beruf oder Ausbildung:
 Geburtsdatum:
 Zivilstand:
 Kinder Jahrgänge:/...../...../...../.....
 Grösse. Gewicht:

Persönliche Krankheitsgeschichte

Nicht vergessen: Impfungen, Kinderkrankheiten, Allergien, Unfälle, Operationen, Hauterscheinungen, einschneidende Ereignisse, psychisch schwere Zeiten

1.-3. Lebensjahr (Lj.)	30.-40. Lj.
3.-10. Lj.	40.-50. Lj.
10.-20. Lj.	50.-60. Lj.
20.-30. Lj.	Ab 60. Lj.

Gegenwärtig einzunehmende Mittel (auch Hausmittel)

Familienkrankheiten (auch Todesursachen)

Achten Sie speziell auf Folgendes:

Asthma, Allergien, Arthritis, AIDS, Aborte, Angina, Alzheimer, Alkoholismus, Epilepsie, Fehlgeburten, Fettleibigkeit, Geschlechtskrankheit, Gallensteine, Gicht, Gemüts - krankheit, Heuschnupfen, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Hirntumor, Krampfadern, Krebs, Kropf, Leukämie, Migräne, Mittelohrentzündung, Myome, Nierensteine, Magen-, Darmbeschwerden, MS, Prostata, Psoriasis, Parkinson, Selbstmord, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Unterleibsoperation

Eigene Geschwister:

.....

Vaterseite ♂

Mutterseite ♀

Vater:	Mutter:
Onkel/Tanten:	Onkel/Tanten:
Grossmutter:	Grossmutter:
Grossvater:	Grossvater:
Grosstanten/Grossonkel:	Grosstanten/Grossonkel:

Weitere Bemerkungen:

Ihre gegenwärtigen Beschwerden

Behandelnder Arzt / Hausarzt
