



Dieser Anamnesebogen dient der Unterstützung der miasmatischen homöopathischen Therapie. Bitte nehmen Sie sich zum Ausfüllen ausreichend Zeit. Wenn Sie für die Beantwortung mehr Platz brauchen, schreiben Sie bitte alles auf ein gesondertes Blatt.

Und ganz wichtig : sollte Ihnen noch ein Thema oder Ereignis besonders am Herzen liegen, das ich im Fragebogen nicht erwähnt habe, schreiben Sie es bitte auf und legen es bei.

Name

Adresse

Telefon

E-mail

Geb. Datum / Geburtsort

Ausbildung / Beruf(e)

Krankenversicherung / Zusatzversicherung

Wo sind Ihre aktuellen körperlichen Beschwerden?

Welche Beschwerde belastet Sie am meisten und wie äußert sich das?

Wann ist es besser/schlechter? (Tageszeit, Wärme/Kälte, Ruhe, Bewegung ...)



Seit wann besteht Ihre Beschwerde und gibt es einen Zusammenhang zu einem Ereignis/ Ereignissen, die zu der Zeit passiert sind?

Gibt es eine klinische Diagnose?

Hatten Sie Unfälle (schwere, leichte z.B. auch Knochenbrüche) oder Operationen?

Sind Sie geimpft worden?

Als Kind was wurde geimpft?

als Erwachsener was wurde geimpft?

Wann war Ihre letzte Impfung und was wurde geimpft?

Hatten Sie Reaktionen auf die Impfung/en (z.B. Rötung, Schwellung, Fieber...)?

Infektionskrankheiten in der Vorgeschichte

Windpocken Masern Mumps Röteln Diphtherie

Pfeiffersches Drüsenfieber Gürtelrose Scharlach Angina



Hatten Sie / haben Sie

Geschwüre Furunkel Fisteln Abszesse

Wo am Körper?

Hatten / haben Sie

Blasenentzündungen	häufig	selten	nie
Einseitige Knieschmerzen	häufig	selten	nie
Verklebte Augen	häufig	selten	nie

Hatten / haben Sie Probleme an :

Augen Sehschwäche, Trockenheit, Bindehautentzündung, juckende Augen,

Ohren Entzündungen, Ausfluss, Ohrgeräusche,

Nasen Verschleimung, Nasenbluten, trockene Borken,

Mund Aphten, Zahnfleischbluten, Zahnfleischentzündung,

Wie ist / war der Zustand Ihrer Zähne

In der Kindheit / Jugend	schlecht	normal	keine Probleme
Amalgamfüllungen	viele	noch nie	wurden entfernt
Form/Anzahl der Zähne	zu wenige	verformte	Schiefstand



Geschlechtsorgane :

Gibt es Ausfluss?

Weiß

gelb

grünlich

bräunlich

nach Fisch riechend

Juckend

wundmachend

Wann hatten Sie Ihre erste Mens?

Wie verläuft Ihr Zyklus?

Hatten Sie Fehlgeburt(en)/Schwangerschaftsunterbrechung(en) aus medizinischer Indikation?

Haben/hatten Sie Probleme mit der Prostata?

Gibt es Einschränkungen in der erektilen Funktion?

Körpertemperatur :

Frieren Sie leicht?

ja

nein

Schwitzen Sie leicht?

ja

nein

Fiebern Sie leicht?

ja

nein

Wann hatten Sie das letzte Mal eine Krankheit mit Fieber?

Haben Sie am Körper juckende Hautausschläge/Ekzeme?

Seit wann?

Wo?



Haben Sie/hatten Sie als Kind Milchschorf am Kopf?

Hatten Sie als Kind häufig geschwollene Lymphknoten (Halsdrüsen)?

Haben Sie Pickel?

Wo?

Haben Sie scharf umgrenzte rote Hautstellen? (z.B. Storchenbiss)

Wo?

Haben Sie Risse in der Haut/Schleimhaut? (z.B. eingerissene Mundwinkel, rissige Hände...)

Neigen Sie zu Hornhautbildung?

Wo?

Haben Sie Entzündungen an Haut/Schleimhaut?

wunde Stellen

Geschwür

Gangrän

Nekrose

Wo?

Haben Sie Pilzinfektionen?

Dauerhaft?

Immer wiederkehrend?

Wo?



Haben/hatten Sie Würmer?

Als Kind/als Erwachsene

Welche Würmer?

Haben/hatten Sie sonstige Infektionen mit Parasiten (Krätze, Läuse ...)?

Als Kind/als Erwachsene

Ist Ihnen manchmal schwindelig ohne erkennbaren Grund?

Haben Sie manchmal Ödeme (z.B. abends dicke Füße/geschwollene Beine ...)

Gibt es chronische / entzündliche / schubweisend verlaufende / destruktive Prozesse?

Skelett (z.B. Arthritis, Arthrose, Skoliose ...)

Magen – Darm – Trakt (z.B. Verstopfung, Durchfall)

Fingernägel (z.B. brüchige Nägel)

Kopfschmerzen (z.B. Migräne)

Arzneimittel :

Nehmen Sie häufig/regelmäßig etwas ein? (bitte die Liste ergänzen, falls nötig)

Schmerzmittel

Wachmacher

Einschlafmittel

Abführmittel

Kortison

Antibiotika

Isolierte Vitalstoffe

Nahrungsergänzungsmittel

Homöopathie / Schüssler Salze / Bachblüten

Sonstige ...



Krankheiten in der Familie :

Gab es in Ihrer Familie/ hatten oder haben Sie:

Angeborene Organfehlbildungen

Krebs

Allergien

Diabetes mellitus

Autoimmunerkrankungen

Tuberkulose

Beschwerden an der Lunge

Geschlechtskrankheiten (z.B. Gonorrhoe, Syphilis ..)

Wenn Sie sich Sorgen machen, sind Sie dann leicht beruhigbar? Ja / nein

Können Sie sich gut konzentrieren? Ja / nein

Werden Sie schnell nervös? Ja / nein

Haben Sie hohe Ideale? Ja / nein

Arbeiten Sie viel? Ja / nein

Kennen Sie burn-out? Ja / nein

Ist Ihnen Ihr Wohnstil wichtig? (Praktisch/ästhetisch) Ja / nein

Haben Sie einen Sinn für Schönheit? Ja / nein



Reisen Sie gerne?

Ja / nein

Haben Sie erinnerbare Träume?

Ja / nein

Gibt es immer wiederkehrende Traumthemen?

Wie gehen Sie mit Dunkelheit um?

Gibt es Sorgen/Ängste (z.B. Sorgen um den Beruf, die Familie ... , z.B. Ängste vor Tieren, Einbrecher, diffuse Ängste ...)

Gab es/gibt es Süchte?

Stoffgebundene Substanzen

Alkohol
Nikotin
Cannabis
andere Substanzen

Essen (Bulimie, Anorexie, Esssucht) :

Kennen Sie Co-Abhängigkeit?

Ja / nein



Gibt es/ gab es früher Zeichen von Isolation :

Hospitalismus	Ja / nein
Autismus	Ja / nein
stereotype Bewegungen	Ja / nein

Sind Sie schöpferisch tätig? Ja / nein

Wenn ja, was machen Sie?

Beziehung :

Leben Sie in einer Beziehung?

Leben Sie lieber alleine (seit wann)?

Gab es in Ihrem Leben traumatische Ereignisse? Wenn ja, welche und wann

Familienanamnese

Mutter

Name
Geboren
Geburtsort
Beruf

Vater

Name
Geboren
Geburtsort
Beruf



Geschwister

- | | | | |
|----|------|-------------|-------|
| 1) | Name | Geburtsjahr | Beruf |
| 2) | Name | Geburtsjahr | Beruf |
| 3) | Name | Geburtsjahr | Beruf |
| 4) | Name | Geburtsjahr | Beruf |

Krankheiten der Mutter :

Welche Krankheiten/ Traumata sind aus der mütterlichen Linie bekannt?

(z.B.Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe, Wurmerkrankung, Schuppenflechte, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Drogenkonsum, Alkoholismus, Rheuma, psychiatrische Krankheiten, Selbstmord, Missbrauch/Vergewaltigung, Mord, Krieg...)

Krankheiten des Vaters :

Welche Krankheiten/Traumata sind aus der väterlichen Linie bekannt?

(z.B.Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe, Wurmerkrankung, Schuppenflechte, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Drogenkonsum, Alkoholismus, Rheuma, psychiatrische Krankheiten, Selbstmord, Missbrauch/Vergewaltigung, Mord, Krieg...)



Heilpraxis Claudia Mischung
Heilpraktikerin
Schwerpunktpraxis Homöopathie

Krankheiten der Geschwister :

Gibt es familiäre Muster/Glaubenssätze?

Wenn ja, welche?