

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- etwaige Unterlagen (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)
- ein aktuelles Farbfoto (kann auch gemailt werden an: kontakt@praxis-meisl.at)

Name: _____	Titel: _____	Alter: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____			
Tel. (priv.): _____		Tel. (Handy/geschäftlich): _____	
Versich.-Nummer: _____		Versicherung: _____	
Wahlarztversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet			
Beruf: _____		Email: _____	
		Anzahl der Kinder: _____	
An mich empfohlen durch: _____		Hausarzt/Facharzt: _____	

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?

Therapieform	seit wann?	Ergebnis?

Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gallensteine
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kropf
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mononukleose	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonnenstich	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Tripper	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Alkohol- / Drogen- missbrauch	<input type="checkbox"/> Blasen- entzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhaut- entzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfell- entzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöh- lenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall / Schwere Verletzung

Weitere Erkrankungen: _____

Gab es Erkrankungen, nach denen Sie sich lange nicht richtig erholt haben? _____

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich? _____

Wurden Sie je misshandelt oder missbraucht? _____

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren? (wenn ja, wieviel?) _____

Hatten Sie je Nebenwirkungen von Impfungen? (wenn ja, welche?) _____

