

# Fragen zur homöopathischen Behandlung

**Cornelia Zosso-Heuberger**

Brunnenhöfli 11, 8855 Wangen

**Klassische Homöopathie**

Tel. 055 440 90 65 Mobil 079 327 35 77

**Angaben zur Vorbereitung der nachfolgenden Besprechung. Bitte zur Besprechung mitbringen.**

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Geb. Dat \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Fragen Sie Verwandte und Ärzte um möglichst vollständige und genaue Angaben zu erhalten.

Zu beachten: Alle Fragen sollten immer aus Sicht des Patienten beantwortet werden.

**Bringen Sie Ihre IMPFAUSWEISE und evtl. Packungsbeilagen, Arzt- oder Operationsberichte mit.**

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Erstbesprechung \_\_\_\_\_

## Familienvorgeschichte

Bitten tragen Sie unten die Krankheiten in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Grossonkel, Grosstanten, Geschwister) ein. Z.B. Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Allergien, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria oder andere?

Grossvater (Vaterseite)	Grossmutter (Vaterseite)	Grossvater (Mutterseite)	Grossmutter (Mutterseite)
<b>Vater</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Mutter</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Onkel, Tanten (Vaterseite)</b>		<b>Onkel, Tanten (Mutterseite)</b>	
<b>Geschwister</b>			
Alter:			

## Eigene Vorgeschichte

Gab oder gibt es in den folgenden Bereichen schon einmal **krankhafte Erscheinungen?** Haut, Kopf, Haare, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Blase, Harnröhre, Eierstock, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Muskeln, Gefäße, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Nägel, Blut (z.B. Anämie, Blutwerte etc.), Drüsen, Nerven, Gemüt, usw.

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht? (Wenn möglich mit Datumsangabe.)

z. B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Anginen, Mittelohrentzündung, Bronchitis, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Grippe, Nieren-, Blasen-, Harnröhrenentzündung, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Pilze), Pocken, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Parathyphus, Malaria, Tropenkrankheiten, Hepatitis, Tuberkulose usw.

Gab oder gibt es bei Ihnen noch **weitere Erkrankungen inkl. Hauterkrankungen?**

z.B. Krebs, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit, Lymphdrüsenanschwellungen oder -entzündungen, Gelbsucht, Tuberkulose, Asthma, Rheuma, Gicht, Geschwüre, Krampfadern, Ekzeme, Pusteln, Pickel, Akne, Herpes, Aphthen, Flechten, Furunkel, Warzen, Muttermale usw. Welche **Operationen** wurden an Ihnen vorgenommen? Welche Unfälle und Verletzungen hatten Sie? (Datumsangabe) Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.

Gibt es in Ihrer **Kindheit** etwas Besonderes? z.B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Zahnungsschwierigkeiten, Rachitis, spätes Laufen- oder Sprechenlernen, Würmer, Verstopfung, Durchfall, Ängste, Träume, auffällige psychische Verhaltensweisen, Nägelkauen, Nasenbluten usw.