

Ellen Kruschwitz
Heilpraktikerin
Homöopathie
Schüßler Mineralsalztherapie

Homöopathischer Anamnesebogen für Erwachsene

Die folgenden Angaben erleichtern die erste miasmatisch- homöopathische Arzneimittelwahl.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder ergänzen Sie gegebenenfalls.
Vielen Dank.

Patientenangaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Derzeitige
Beschäftigung: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

Am Treptower Park 51
12435 Berlin
Telefon: 030 - 23 92 15 83
www.heilwerkberlin.de

HEILWERK

Was ist Ihr Anliegen (Krankheiten, Beschwerden, Probleme)?

Gibt es eine oder mehrere klinische Diagnose/n? Wenn ja, welche?

Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen?

Wie äußern sich die Beschwerden?

Wodurch werden die Symptome/Beschwerden besser?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Weiteres: |
| <input type="checkbox"/> Zeiten (abends,
morgens...): | <input type="checkbox"/> Jahreszeiten/
Wetter | |

Wodurch werden die Symptome/Beschwerden schlechter?

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Weiteres: |
| <input type="checkbox"/> Zeiten (abends,
morgens...): | <input type="checkbox"/> Jahreszeiten/
Wetter | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und wie oft?
Bitte listen Sie auch Substitutionsmittel auf (z.B. Vitamine).



Vorgeschichte

Gab es Beschwerden/Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen?
Wenn ja, welche?

Wie verlief Ihre Geburt? Gab es Komplikationen?

Welche der folgenden Kinderkrankheiten hatten Sie?

- | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Weitere Krankheiten
während der Kindheit: | | |

Gab es oder gibt es Hauterkrankungen?

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Furunkel | <input type="checkbox"/> Fisteln |
| <input type="checkbox"/> Rhagaden | <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> Geschwüre |
| <input type="checkbox"/> Kopfgrind | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |

Wenn ja, wann und wie häufig?

Hatten Sie einmal eine Blasenentzündung?

Wenn ja, wie oft?

Hatten Sie im Laufe des Lebens einmal oder mehrmals

- Morgens verklebte Augen?
- Fischig riechenden Ausfluss?
- Einseitige Knieschmerzen?



Hatten Sie Unfälle und/oder Verletzungen? Wenn ja, wann und wo?

Wurden Sie operiert? Wenn ja, wann und wo?

Womit hatten/haben Sie häufig oder intensiv Probleme in Ihrem Leben?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Zahnfleisch | <input type="checkbox"/> Augen |
| <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Geschwollene Drüsen | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> Darm |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nieren/Blase | <input type="checkbox"/> Eierstöcke |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Libido-Verlust |
| <input type="checkbox"/> Erektionsstörungen | <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Andere: | | |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogen | <input type="checkbox"/> Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Andere: |

Gab/ gibt es Schwellungen, Tumore und/oder Krebsgeschehen? Wenn ja, wann und wo?

Neigen Sie zu bestimmten Reaktionsmuster (z.B. Augenentzündungen Stirnhöhlenvereiterungen, Herpes etc.)?



Entwickeln Sie bei akuten Erkrankungen Fieber?

Ich schwitze leicht. Wenn ja, wann und an welchen Körperteilen?

Ich leide unter Schlafstörungen.

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Zu frühes Erwachen

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie Antibiotika eingenommen? Wenn ja, wie häufig? Und wann zum letzten Mal?

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? Wenn ja, wie häufig? Und wann zum letzten Mal?

Welche Impfungen haben Sie in Ihrem Leben erhalten?

Wann war die letzte Impfung?

Sind oder waren Ihre Sinneswahrnehmungen gestört oder eingeschränkt?

Hören: Einseitig R/L Beidseitig

Sehen: Einseitig R/L Beidseitig Kurzsichtig Weitsichtig

Geschmack

Geruch

Hatten oder haben Sie ein länger anhaltendes Taubheitsgefühl? Wenn ja, wo, wann und wie lange?

**Ich hatte in meinem Leben ein oder mehrere traumatische/s Erlebnis/se.
Wenn ja, wann?**



- Ich habe meine Arbeitsstelle verloren.
Wenn ja, wann und wie oft?
- Ich habe/hatte Existenzängste.
Wenn ja, wann und wie oft?
- Ich habe „Mobbing“ am Arbeitsplatz erlebt.
- Ich habe/hatte mal das Gefühl, überflüssig zu sein, keine Perspektive mehr zu haben.
- Ich hatte ein Erlebnis mit Todesangst.
- Ich hatte ein Nahtoderlebnis.
- Ich habe Schuldgefühle.
- Ich bin sehr arbeitsam.
- Ich neige dazu, mehr zu arbeiten, als mir Pausen zu gönnen.
- Ich schon mal das Gefühl, an mir „klebt“ etwas.
- Ich hatte schon mal das Gefühl, etwas für andere zu tragen.
- Ich fühle mich häufig für andere verantwortlich.

Familiensystemisches Umfeld

Krankheiten der Mutter:

Die Beziehung zu Ihrer Mutter ist/war:

- eng nicht so gut es gibt/gab lange keinen Kontakt
- Ich wurde von meiner Mutter gestillt.
- Ich war ein Wunschkind.

Sollten Sie ein Junge oder Mädchen werden?

- Ich war als Kind/ Neugeborenes von der Mutter getrennt.
- Es gab Grenzverletzungen (z.B. durch Gewalt).



Krankheiten des Vaters:

Die Beziehung zu Ihrem Vater war:

eng nicht so gut es gibt/gab lange keinen Kontakt

Ich war ein Wunschkind.

Sollten Sie ein Junge oder Mädchen werden?

Es gab Grenzverletzungen (z.B. durch Gewalt).

Es gab Alkohol- oder Drogenprobleme im familiären Umfeld.

Haben Sie Geschwister? Wenn ja, wie viele Brüder/ Schwestern und wie alt?

Krankheiten Ihrer Geschwister:

Krankheiten der Großelterngeneration:

Oma mütterlicherseits:

Oma väterlicherseits:

Opa mütterlicherseits:

Opa väterlicherseits:

Gab es bestimmte Neigungen, Reaktionen, Krankheiten, Besonderheiten, die sich, wie auch immer geartet, generationsübergreifend in der mütterlichen oder väterlichen Linie manifestieren?



Gab es in der Großfamilie folgende Erkrankungen und/oder Ereignisse?

- Tuberkulose Tripper Syphilis Diabetes Mellitus Rheuma
 Neurodermitis Psoriasis Krätze Alkoholismus Krebs
 Psych. Krankheiten Selbstmord sexueller Missbrauch Erbstreit
 Andere:

Gibt es sonstige Hinweise und/oder Anmerkungen Ihrerseits, von denen Sie denken, dass sie möglicherweise wichtig sein könnten für eine erfolgreiche Arzneimittelwahl?



Am Treptower Park 51
12435 Berlin
Telefon: 030 - 23 92 15 83
www.heilwerkberlin.de