

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](http://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?

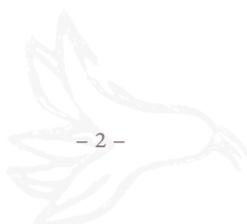
Wodurch werden die Symptome/Beschwerden besser?

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <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,<br>morgens...): | <input type="checkbox"/> Jahreszeiten/<br>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,<br>morgens...): | <input type="checkbox"/> Jahreszeiten/<br>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<br>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

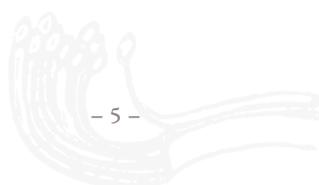
**Sehen:**  Einseitig R/L  Beidseitig  Kurzsichtig  Weitsichtig

**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](http://www.heilwerkberlin.de)