

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur grundlegenden Anamnese gehören viele Fragen. Diese folgende Sammlung bietet eine gute Basis für die Erstanamnese zur homöopathischen Behandlung. Der Vorteil dieser Vorab-Fragen ist, dass Sie sich mit den Antworten Zeit lassen können. Häufig fallen einem nach ein paar Tagen noch weitere Symptome oder Antworten ein. Im Erstgespräch gehen wir diesen Bogen dann gemeinsam durch, erfahrungsgemäß tauchen dann weitere Fragen und Antworten auf. Sollte der Platz für Antworten nicht ausreichen können Sie gern die Rückseite für Ergänzungen nutzen.

Name, Vorname/n	
Straße & Hausnummer	
PLZ & Wohnort	
Telefonnummer/n	
Email	
Größe & Gewicht	
Geburtsdatum	
Familienstand & Kinder	
Beruf/ausgeübte Tätigkeit	
Anzahl Geschwister, m/w, an welcher Stelle sind Sie?	
Leben Ihre Eltern noch? Wenn nein, wann sind sie gestorben und welche Ursache hatte der Tod?	Mutter: Vater:

Bitte lassen Sie den hinteren Teil der Tabellen immer frei, dieses ist für meine Anmerkungen im Gespräch.

1. Spontanbericht

Bitte beschreiben Sie hier, welche Beschwerden Sie zu mir führen. Was möchten Sie behandeln?

	hier bitte frei lassen!

2. Modalitäten

Was bessert Ihre Beschwerden? Was macht sie schlimmer? Gibt es Auslöser für Symptome? (z.B. Kälte, Wärme, Dunkelheit, Licht, Druck, frische Luft, Ruhe)

	hier bitte frei lassen!

3. Welche Beschwerden haben Sie früher schon einmal gehabt? Wie wurden diese behandelt?

	hier bitte frei lassen!

4. Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Name oder Wirkstoff	Dosierung	Einnahme wann?

5. **Familienanamnese**

Gab oder gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen (bei Ihren Großeltern, Eltern, Geschwistern)? Gab es Suizide in Ihrer Familie?

	hier bitte frei lassen!

6. **Körperliche Anamnese**

Auf den folgenden zwei Seiten werden im Detail körperliche Symptome abgefragt. Es wäre schön, wenn Ihnen zu den Symptomen auch noch sogenannte Modalitäten einfallen. Als Beispiel sei der Kopfschmerz genannt. Dieser kann zum Beispiel dumpf, rechtsseitig und impulsartig sein, sich morgens im Bett verschlechtern und bei Aufenthalt an der frischen Luft spontan besser werden. Wenn Ihnen keine Modalitäten einfallen lassen Sie die Spalte einfach frei und wir besprechen das im Gespräch dann genauer. Sollte der Platz in der entsprechenden Spalte zu gering sein, verwenden Sie bitte die Rückseite.

Lokalisation	Beschreibung	Modalitäten	
Kopf	Beschwerden im Kopfbereich, z.B. Schmerzen, Schwindel, Haare, Stirnhöhlen		
Ohren	z.B. Schmerzen, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Piercings/Ohringe, Juckreiz		
Augen	z.B. Sehstörungen, Seenerg, Tränen, Juckreiz, Trockenheit, Entzündungen		
Nase/ Nebenhöhlen	Entzündungen, Erkrankungen etc.		
Gesicht	Schwellungen, Veränderungen, Besonderheiten		
Mund	Schleimhaut, Zunge, Gaumen		
Zähne, Kiefer(gelenke)	Probleme, Zahnstatus		

Lokalisation	Beschreibung	Modalitäten	
Rachen, Hals	Mandeln, Stimmbänder, Kehlkopf, Schlucken		
Schilddrüse	Erkrankungen, Anomalien, Hormone etc.		
Herz, Kreislauf, Venen, Aterien	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Lunge, Bronchien, Zwerchfell	Husten, Entzündungen, Atembeschwerden		
Verdauung, Stuhlgang	Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse		
Leber, Galle, Milz	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Gebärmutter, Eierstöcke, Vagina, Brust, Menstruation, Schwangerschaften, Geburten, Klimakterium	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		

Lokalisation	Beschreibung	Modalitäten	
Penis, Hoden, Prostata, Hormone	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Nieren, Blase; Harnleiter, Harnröhre	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Bewegungsapparat: knöchernen Strukturen, Muskeln, Bänder, Sehnen Schädel, Wirbelsäule, Brustkorb, Hüfte, Becken, Knie, Füße, Hände, Ellenbogen, Schulter	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Haut: Warzen, Narben, sonstige Veränderungen	Erkrankungen, Beschwerden, OPs		
Stoffwechsel	Erkrankungen, Beschwerden		
Allergien, Unverträglichkeiten			

7. Haben sie zur den soeben gemachten Angaben noch direkt Ergänzungen?

	hier bitte frei lassen!

8. Welche Nahrungsmittel/Speisen/Getränke bevorzugen Sie?

	hier bitte frei lassen!

9. Welche Nahrungsmittel/Speisen/Getränke lehnen Sie ab, mögen Sie gar nicht?

	hier bitte frei lassen!

10. Bekommen Sie Fieber wenn Sie krank sind? Schwitzen Sie, wenn Sie krank sind?

	hier bitte frei lassen!

11. Gibt es Tages- oder Nachtzeiten oder Jahreszeiten, die Sie bevorzugen, zu denen es Ihnen besser oder schlechter geht? Beschreiben Sie bitte.

	hier bitte frei lassen!

12. Sind Sie wetterfühliger? Reagieren Sie auf den Mond? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die auftretenden Phänomene.

	hier bitte frei lassen!

13. Wie ist Ihr Schlaf? Träumen Sie? Wiederkehrend? Erinnern Sie sich? Sind Sie eher eine Nachteule oder Frühaufsteher*in? Wieviel Schlaf benötigen Sie in der Regel?

	hier bitte frei lassen!

14. Wie würden Sie Ihr Gemüt beschreiben? Was sind Sie für ein Mensch?

	hier bitte frei lassen!

15. Haben Sie psychische Probleme? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte, auch seit wann diese bestehen. Gibt es familiäre psychische Erkrankungen? Haben Sie bereits eine Psychotherapie (oder mehrere) gemacht?

	hier bitte frei lassen!

16. Besteht bei Ihnen eine/mehrere Abhängigkeitserkrankung/en (ugs. „Sucht/Süchte“)? Welche und seit wann? Gab es Entzugsbehandlungen, Therapien? Gibt es Abhängigkeitserkrankungen in Ihrer Familie?

	hier bitte frei lassen!

17. Und zu guter Letzt: Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen, was ist Ihnen wichtig?

	hier bitte frei lassen!