

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur homöopathischen Behandlung, um eine Linderung oder Heilung Ihrer Beschwerden zu erfahren. Mein Ziel ist, Ihnen dabei zu helfen und die am besten passende Medizin heraus zu finden. Dabei bin ich auf Ihre aktive Mitarbeit angewiesen. Die homöopathische Medizin wird hauptsächlich auf Grund Ihrer Angaben bestimmt.

Dr. med. Christian Beuning

Facharzt f. Allgemeinmedizin
Homöopathie, Akupunktur
Palliativmedizin
Münsterstraße 78
48268 Greven
Tel: 02571-1899
www.dr-beuning.de

Um bereits zur Anamnese Informationen über Ihr Befinden zu haben möchte ich Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen auch die Daten des Fragebogens der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bringen Sie den Fragebogen und gegebenenfalls vorliegende Behandlungsberichte zum Anamnesegespräch mit. In der Anamnese wird es dann darum gehen Ihre Beschwerden genauer zu untersuchen.

Vor- und Nachname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon / E-Mail Adresse	
Beruf/Tätigkeit	
Kinder	

Wenn Sie Medikamente nehmen, listen Sie diese bitte hier auf:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Schilderung der Beschwerden

Datum:

Bitte schildern Sie folgend Ihre Beschwerden. Dabei ist für die homöopathische Arzneimittelwahl entscheidend wie sich die Erkrankung bei Ihnen äußert.

Bitte berücksichtigen Sie besonders die folgenden Punkte für jede Beschwerde:

1. Wie fühlt sich die Beschwerde an? So ist z.B. bei Schmerzen wichtig um welche Art von Schmerz es sich handelt.
2. Wodurch wird es eindeutig schlimmer oder besser? Diese Faktoren können z.B. Kälte/Wärme, Druck, Berührung, Bewegung/Ruhe, bestimmte Körperpositionen oder bestimmte Zeiten im Laufe des Tages usw. sein.
3. Gibt es begleitende Beschwerden, die während der beschriebenen Beschwerde begleitend auftreten (z.B. Übelkeit bei Kopfschmerzen)
4. Wo genau empfinden Sie die Beschwerde, an welchem Ort?
5. Seit wann bestehen die Beschwerde?

Notieren Sie bitte hier Ihre Beschwerden:

Als Erinnerungshilfe folgt eine Liste mit Stichworten zu Körperregionen oder -funktionen:

Kopf (Schmerzen, Schwindel)
Augen, Sehfähigkeit
Ohren, Hörfähigkeit
Nase, Geruchssinn
Gesicht
Mund, Lippen
Hals, Mandeln
Herz (Schmerzen, Herzschlag)
Lunge, Atemprobleme
Brustkorb, Brust
Magen, Bauch (Darm, Leber, Galle)
Rücken
Arme, Beine
Haut, Nägel, Haare

Fragen zum Allgemeinbefinden

Nahrung

Gibt es eine auffällige Abneigung oder ein Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln?

Stuhl

Gibt es Probleme in Bezug auf den Stuhlgang (Häufigkeit, Beschaffenheit, Schmerzen)?

Wasserlassen

Gibt es Probleme beim Wasserlassen (Urinfluss, Schmerzen)?

Schweiß

Wie stark schwitzen Sie, wann und wo?

Temperatur

Wie ist es mit Ihrem Temperaturempfinden im Allgemeinen? Ist Ihnen schnell zu warm oder frieren Sie schnell?

Sind Hände und Füße kalt oder warm?

Für Frauen

Wann hatten Sie die erste Periode?

Wie sind die Abstände zwischen den Perioden?

Wie stark ist die Blutung und wie lange dauert sie?

Gibt es Beschwerden vor, während oder nach der Regel? Gibt es Probleme beim Eisprung?

Haben Sie Probleme mit verstärktem Ausfluss?

Für Männer

Gibt es Probleme mit den Geschlechtsorganen?

Schlaf

Gibt es Probleme beim schlafen? Gibt es etwas Ungewöhnliches in Bezug auf Ihren Schlaf?

Wie ist Ihre Schlaflage? Können Sie in einer bestimmten Lage nicht schlafen?

Kommt bei Ihnen etwas im Schlaf vor wie z.B. Schnarchen, Zähneknirschen, Speichelfluss, Schweiß, Sprechen, Schlafwandeln, Unruhe?

Wie stark decken Sie sich zu? Gibt es Körperteile, die nicht bedeckt sind?

Frühere Erkrankungen

Welche Krankheiten gab es in Ihrer Vergangenheit z.B. schwer verlaufende Kinderkrankheiten, Infektionen, Organerkrankungen, Unfälle?

Welche Operationen wurden wann durchgeführt?

Gab es Reaktionen bei Impfungen?

Familieninformation

Welche Krankheiten gab/gibt es bei Ihren Eltern oder Großeltern oder in der näheren Verwandtschaft? Wichtig sind besonders bösartige Krankheiten, Infektionskrankheiten, Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems und allergische Krankheiten.

	Alter	Krankheit	Todesursache
Mutter			
Mutter der Mutter			
Vater der Mutter			
Vater			
Mutter des Vaters			
Vater des Vaters			

Falls Sie Geschwister haben, wie stehen Sie in der Geschwisterreihe?
Gibt es Krankheiten?