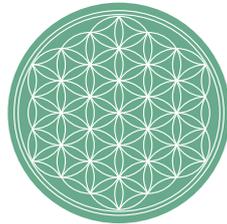


# FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN



# Akademie

zur Gesundheitsförderung

Akademie zur Gesundheitsförderung e.V.(VR 3800 HL) c/o HP Rita Griesheimer | Nelkenweg 4 |  
22941 Delingsdorf | Tel. 04532 - 26 51 92 | Fax 04532 - 26 51 91

## PERSONALIEN DES PATIENTEN

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Tel. privat	Tel. geschäftl.
Geb. Datum	Familienstand
Größe	Gewicht
Hausarzt	Beruf



Medikamente, die Sie derzeit einnehmen (auch homöopathische Arznei angeben)	Grund für die Einnahme	Wie vertragen Sie die Medikamente?

Medikamente die Sie früher eingenommen haben	Grund für die Einnahme	Wie haben Sie die Medikamente vertragen?

Sind Sie anfällig für bestimmte Krankheiten z.B. Erkältung, Mittelohrentzündung, Halsschmerzen oder Ähnliches?

---

Bestehen Allergien gegen bestimmte Stoffe?	Wie äußern sich diese?

Wurden Sie schon einmal operiert, wenn ja, wann und woran?

---

Welche Impfungen wurden vorgenommen?	Hatten Sie Beschwerden durch Impfungen?

Haben Sie Amalgamplomben oder Goldkronen, wenn ja, wie viele?

Amalgam:

Gold:

Ernährung und Genussmittel

Worauf achten Sie bei der Ernährung?	
Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?	
Wie viel (in Liter) trinken Sie pro Tag?	
Haben Sie Verlangen, Appetit oder Heißhunger auf bestimmte Speisen, Gewürze oder Getränke, bei denen es schwerfällt, darauf zu verzichten? Wenn ja, worauf?	
Haben Sie eine auffallende Abneigung oder sogar Ekel vor bestimmten Speisen, Gewürzen, Getränken oder Gerüchen?	
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel?	
Trinken Sie Kaffee? Wie viele Tassen pro Tag?	
Trinken Sie Alkohol? Wie viel ungefähr?	

Schildern Sie kurz Ihren Tagesablauf

---



---



---



---

Gibt es Umstände, die bei Ihnen Beschwerden Auslösen (z.B. Nässe, Kälte, Hitze, Anstrengung, Zugluft, enge Kleidung etc.) ?

---



---



---

Was tun Sie um Ihre Beschwerden zu lindern?  
(z.B. Wärme-, Kälteanwendungen, frische Luft, Hinlegen, Bewegen etc.) ?

Durch welche Einflüsse (z.B. Wärme, Kälte, Licht, Bewegung, Ruhe, Berührung etc.)  
werden Ihre Beschwerden oder Ihr Allgemeinbefinden verschlechtert?

Gibt es eine Tageszeiten, während der sich Ihre Beschwerden deutlich bessern,  
verschlechtern oder zu der Ihre Beschwerden immer wiederkehren?

Gibt es eine Jahreszeit, während der sich Ihre Beschwerden deutlich bessern,  
verschlechtern oder zu der Ihre Beschwerden immer wiederkehren?

Treten zusammen mit Ihren Beschwerden begleitende Symptome oder Zeichen auf, die mit den  
eigentlichen Beschwerden in scheinbar keinem Zusammenhang stehen?

Sollte Ihnen beim Durchlesen der folgenden Stichworte spontan eine Beschwerde oder Auffälligkeit einfallen, notieren Sie diese bitte.

Stichwort	Beschwerde / Auffälligkeit
-----------	----------------------------

Schlafstörungen	
Müdigkeit	
Schwindel	
Konzentrationsfähigkeit	
Gedächtnis	
Kopfschmerzen	
Haare/ Kopfhaut	
Augen	
Sehen	
Ohren	
Hören	
Nase	
Geruchsin	
Gesicht	
Mund	
Zähne	
Zahnfleisch	
Sprache	
Appetit	
Durst	
Geschmacksinn	
Aufstoßen	
Übelkeit	
Magen	
Bauch	
Unterleib	
Blähungen	
Hämorrhoiden	
Stuhlgang	
Harnorgane	
Urin	
Menstruation	
Haut / Hautausschläge	
Fieber	
Brust	
Rücken	
Arme	
Beine	
Hände	
Füße	

Neben Ihren eigenen Beschwerden sind für eine tiefgreifende homöopathische Behandlung auch die Erkrankungen und Beschwerden in Ihrer Familie von Bedeutung. Deshalb erbitte ich eine kurze Auflistung.

### Krankheiten der mütterlichen Linie

Mutter	
Tante / Onkel	
Großvater	
Großmutter	

### Krankheiten der väterlichen Linie

Vater	
Tante / Onkel	
Großvater	
Großmutter	

### Krankheiten der Geschwister

---

---

---

## Krankheiten der Kinder


## Welchem Familienmitglied sind Sie am ähnlichsten?

körperlich / äußerlich	
seelisch / geistig	

### Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstkonsultation mit:

- Ärztliche Befunde und Krankenberichte (soweit vorhanden)
- Medikamente, die Sie zur Zeit oder regelmäßig einnehmen
- bei Kindern: das U-Heft, den Mutterpass, den Impfausweis und ein aktuelles Foto