

# Naturheilpraxis Aurbach

Am Schulgarten 3 – Döllwang, 92364 Deining

Tel. 0 91 84/80 93 01

[hp-aurbach@web.de](mailto:hp-aurbach@web.de)



[www.naturheilpraxis-aurbach.de](http://www.naturheilpraxis-aurbach.de)

## Patientenfragebogen

=====

Lieber Patient, in der Homöopathie ist die Erhebung einer sog. Anamnese/Befragung unerlässlich. Sie ist wichtiger Bestandteil, Zusammenhänge der Erkrankung aufzuspüren und zu versuchen, sie nicht nur vordergründig zu "heilen". Sie können diesen Fragebogen vorab schon in Ruhe zu Hause auszufüllen (Sollte der Platz auf dem Bogen nicht reichen, notieren Sie die Nummer der Frage mit der Antwort auf einem extra Blatt).

**Schreiben Sie bitte auch bisher gestellte Diagnosen und Berichte (evtl. Kopie für mich) mit auf.**

Schildern Sie alle Einzelheiten, die Ihnen an Ihnen auffallen. Gerade ungewöhnlich erscheinende Störungen, die Sie als "anders als sonst" wahrnehmen und vielleicht als nebensächlich/nicht erwähnenswert betrachten würden, sind für die homöopathische Mittelfindung von Bedeutung.

VIELEN DANK, dass Sie sich die Zeit zum Wohle Ihrer Gesundheit nehmen!

1. An welchen Beschwerden leiden Sie jetzt? Hauptbeschwerde:

2. SEIT WANN sind Ihnen diese aufgefallen?

3. WIE ÄUSSERN sich die Beschwerden genau? Bitte so genau wie möglich beschreiben!

4. WO sind die Beschwerden? Auch hier so genau wie möglich beschreiben!

5. WODURCH und WANN werden die Beschwerden **SCHLIMMER**? Z. B. Bewegung - Ruhe - Druck - Entlastung - Hitze - welche Jahreszeit - im Bett - im Liegen - im Schlaf - morgens - abends - Stuhlgang - Wasserlassen - Aufregung - Ärger - Kummer - Angst - Sorge - Freude - Trauer - Trösten - Vollmond - ...

6. WODURCH werden die Beschwerden **GELINDERT/GEBOSSERT**?

# Naturheilpraxis Aurbach

Am Schulgarten 3 – Döllwang, 92364 Deining

Tel. 0 91 84/80 93 01

[hp-aurbach@web.de](mailto:hp-aurbach@web.de)



[www.naturheilpraxis-aurbach.de](http://www.naturheilpraxis-aurbach.de)

7. Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon bei Ihrem Hausarzt/Facharzt/...?

8. Haben Sie schon Antibiotika oder andere starke chemische Medikamente erhalten?

Wenn ja: weshalb?

Wie lange etwa?

Wann zuletzt?

9. **Was denken Sie**, was die Ursache für die Beschwerden sein könnten?

10. Haben Sie außerdem noch Beschwerden oder geringe Störungen, die vielleicht weniger wichtig erscheinen?

11. Gab es Krankheiten, die einen schweren/leichten/auffälligen Verlauf hatten?

12. Gab es wiederholte Krankheiten? Evtl. Reihenfolge der Krankheiten mit evtl. Auffälligkeiten

13. Wie haben Sie Impfungen vertragen? Gab es nach Impfungen Folgekrankheiten? Wann?  
Trat Fieber auf? Unruhe? Hautausschlag?

14. Haben Sie bei sich schon einmal einen Hautausschlag/Hautveränderungen bemerkt?  
Wenn ja, wann und wie:

15. Frieren Sie schneller, oder ist ihnen eher schnell zu warm, schwitzen Sie leicht  
(Schweiß - wo? Z. B. Kopf, Körper, Hinterkopf, Füße, Hände)?

Vertragen Sie die Sonne?

# Naturheilpraxis Aurbach

Am Schulgarten 3 – Döllwang, 92364 Deining

Tel. 0 91 84/80 93 01

[hp-aurbach@web.de](mailto:hp-aurbach@web.de)



[www.naturheilpraxis-aurbach.de](http://www.naturheilpraxis-aurbach.de)

16. Haben Sie **viel oder wenig Durst?** (oder trinken Sie, weil Sie wissen, dass es gesund ist???)

Auf warme/kalte Getränke,  
trinken Sie schluckweise, oder  
viel auf einmal,  
mögen Sie etwas gar nicht?

17. Würden Sie etwas gerne essen/trinken, vertragen es aber nicht?

Außerdem Lieblingsessen:

18. Auffälligkeiten beim Stuhlgang: Verstopfung? Durchfall? Farbe des Stuhls? Geformt/weich/fest?  
Stuhlgang täglich morgens? Oder öfter?

Wasserlassen - Geruch, Farbe...?

19. Bemerken Sie bestimmte Ängste oder Furcht, z. B. nachts, Gewitter, Hunde, Spinnen, Mäuse,  
hochgelegene Orte, Menschenmenge, enge Räume, Prüfungsängste, Lampenfieber...?

20. Gibt es in Ihrer Familie irgendwelche Krankheiten, z. B. Asthma bronchiale, Krebs, Herzerkrankungen, Hauterkrankungen...?

Mütterlicherseits: Mutter:

OMA:

OPA:

Onkeln/Tanten:

Väterlicherseits: Vater:

OMA:

OPA:

Onkeln/Tanten:

Geschwister:

21. Wie ist die Schlaflage - Bauch, Rücken, Seite – welche? Li/re,

Strecken Sie die Füße aus der Decke, oder gut zugedeckt?

Sprechen Sie im Schlaf?

Schnarchen Sie?

Wachen Sie nachts auf? Warum? Durst/Toilette?...

22. Wie ist ihr Gemüt? Z. B. sanft, nachgiebig, bestimmend, weinen schnell (bei welcher Gelegenheit),

wann können Sie ärgerlich werden...

23. Wie ist Ihr Ordnungssinn? Z. B. Perfektionist, chaotisch, will genauen Tagesablauf, keine Überraschungen...

# Naturheilpraxis Aurbach

Am Schulgarten 3 – Döllwang, 92364 Deining

Tel. 0 91 84/80 93 01

[hp-aurbach@web.de](mailto:hp-aurbach@web.de)



[www.naturheilpraxis-aurbach.de](http://www.naturheilpraxis-aurbach.de)

24. Sind Sie lieber „Anführer“ oder lieber "Mitmacher"?

25. Nehmen Sie sich bitte Zeit und schreiben möglichst genau alle **Krankheiten und besonderen Lebensereignisse auf**, die Sie bisher hatten - wenn möglich in chronologischer Reihenfolge.

Schwangerschaft:

Geburt:

Säugling:

Kleinkind:

Jugendlich:

Erwachsen: