

---

# Fragebogen zur homöopathischen Therapie

Version 2.2

**Den ausgefüllten Fragebogen bitte zurücksenden an:**

Praxis Peter Weber  
Naturheilpraktik  
Bahnhofstrasse 7  
8488 Turbenthal  
SCHWEIZ

oder

Formular einscannen und per E-Mail an [info@praxis-peter-weber.ch](mailto:info@praxis-peter-weber.ch)

## **Liebe Patientin, lieber Patient**

Dieser Fragebogen nimmt nur wenig Ihrer Zeit in Anspruch und hilft Ihnen und mir, nötige Informationen für die Behandlung zu erhalten. Im Weiteren helfen Ihnen die Fragen dabei, sich mit Ihrem Anliegen auseinander zu setzen.

---

## **Weshalb Sie den Fragebogen vor der ersten Konsultation ausfüllen sollten.**

Die Angaben sind wichtig für die homöopathische Behandlung und helfen mit, das passende Mittel zu finden.

Einige Fragen können vielleicht nicht sofort beantwortet werden und brauchen eine Abklärung von Ihnen. Das kann nicht während der Konsultation gemacht werden und würde die Behandlung verzögern.

Es spart Zeit! Viele Fragen müssen während der Sprechstunde nicht mehr ausführlich besprochen werden und wir können uns während der Sprechstunde ganz auf das therapeutische Gespräch konzentrieren.

## Inhalt

1	Allgemeines	3
2	Medikamente	4
3	Hauptbeschwerden	4
4	Sonstige Beschwerden	4
5	Eigene Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung und wenn Kinder, auch die der Kinder	5
6	Geist und Gemüt	5
7	Chronologischer Ablauf	6
8	Familienanamnese	7
9	Ergänzungen	7
10	Personalien	8
11	Bestätigung und Unterschrift	8

---

**1 Allgemeines**

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und senden Sie mir diesen zusammen mit der Bestätigung aus dem Dokument **Therapiebedingungen und wichtige Informationen zur homöopathischen Therapie** vor unserem Termin zurück. Bitte bringen Sie allfällige diagnostische Unterlagen, schriftliche Berichte und eine Kopie des Impfbüchleins mit. Sollte es in Feldern zu wenig Platz haben, bitte ich Sie, auf einem separaten Blatt mit Angaben zum Kapitel die Ausführungen zu ergänzen.

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche und sanfte Heilmethode, bei der Sie als Ganzes im Vordergrund stehen. Der Homöopath versucht bei jedem Patienten das Medikament zu finden, dessen Symptome den Krankheitszeichen und der Persönlichkeit des Patienten am ähnlichsten ist. Es reicht somit nicht aus, der Krankheit oder dem Leiden einen Namen zu geben (Diagnose), wichtiger ist es, den genauen Charakter des Patienten und seine Eigenheiten und Geschichte kennen zu lernen. Erst diese Informationen können zum richtigen homöopathischen Heilmittel führen.

Während des Gesprächs können Sie alles erzählen, was Sie beschäftigt. Fragen, die Ihnen zu persönlich sind, können Sie ohne weiteres unbeantwortet lassen, aber genau solche persönlichen Dinge sind in der Homöopathie sehr hilfreich für die Mittelfindung. Auch scheinbar unwesentliche, sogar nicht mit der Hauptbeschwerde im Zusammenhang stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen, können für die Wahl des homöopathischen Heilmittels ausschlaggebend sein.

**Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.**

Haben Sie Beschwerden, welche im Fragebogen nicht abgefragt wurden oder nicht genau beantwortet werden konnten, bitte ich Sie, mir diese auf einem separaten Blatt genau zu erläutern.

**Bitte alles in Blockschrift ausfüllen.**

---

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? [Empfehlung, Internet, Zeitung usw.]

---

## 2            **Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie über längere Zeit ein? (Auch Hormone, pflanzliche und homöopathische Heilmittel, Schüssler Salze usw.).

Wenn Sie in letzter Zeit homöopathische Arzneien eingenommen haben, bitte ich Sie, mir diese mit Namen und Potenz aufzuführen. Lassen Sie sich eine Liste der Mittel von Ihrem vorherigen Homöopathen zusammenstellen.

---

## 3            **Hauptbeschwerden**

Was sind Ihre Beschwerden? Beschreiben Sie kurz, weshalb Sie zu mir kommen.

---

## 4            **Sonstige Beschwerden**

Haben oder hatten Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?

	[Zutreffendes umrahmen oder auf einem separaten Blatt beschreiben]	[Zutreffendes ankreuzen]
<b>Kopf</b>	[Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Augen</b>	[Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Ohren</b>	[Hören, Geräusche, Ausfluss usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Nase</b>	[Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Mund / Zunge</b>	[Geschmackssinn, Gefühl, Speichel usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Lippen</b>	[Risse, Blasen, Haut usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Zähne</b>	[Karies, Schmerzen, Farbe usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Zahnfleisch</b>	[geschwollen, blutend, zurückgezogen usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Hals</b>	[Mandeln, Schluckbeschwerden, Stimme usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erkältungen</b>	[Art, Häufigkeit usw.]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Lungen/Bronchien</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Herz</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Rücken, Gelenke, Arme, Beine</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bauch, Verdauung, Harnorgane</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haut, Haare, Nägel, Wundheilung, Warzen</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Geschlechtsorgane</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sexualität</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sonstiges</b>	[Bitte in Stichworten auflisten]	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

---

**5 Eigene Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung und wenn Kinder, auch die der Kinder**

Wie verliefen die Schwangerschaft und die Geburt? [Wehen, Kaiserschnitt, Wochenbett usw.]

Wie ist/war die Entwicklung? [Krabbeln, Aufstehen, Laufen lernen, Zahnung, Sprechen lernen, Intellekt usw.]

Kinderkrankheiten? [Welche und wann fand sie statt?]

---

**6 Geist und Gemüt**

Was waren die grössten Sorgen, der grösste Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

In welchen Umständen leben Sie zurzeit? [Wohnverhältnis, Partnerschaft, Beruf usw.]

## 7 Chronologischer Ablauf

Bitte tragen Sie auf dem Zeitstrahl in chronologischer (zeitlicher) Reihenfolge alle von Ihnen jemals durchgemachten Krankheiten, Beschwerden, Gegebenheiten, Unfälle und Operationen usw. ein. Bitte zu jedem Ereignis die Jahreszahl oder das Alter anfügen.

[Bitte sorgfältig ausfüllen]

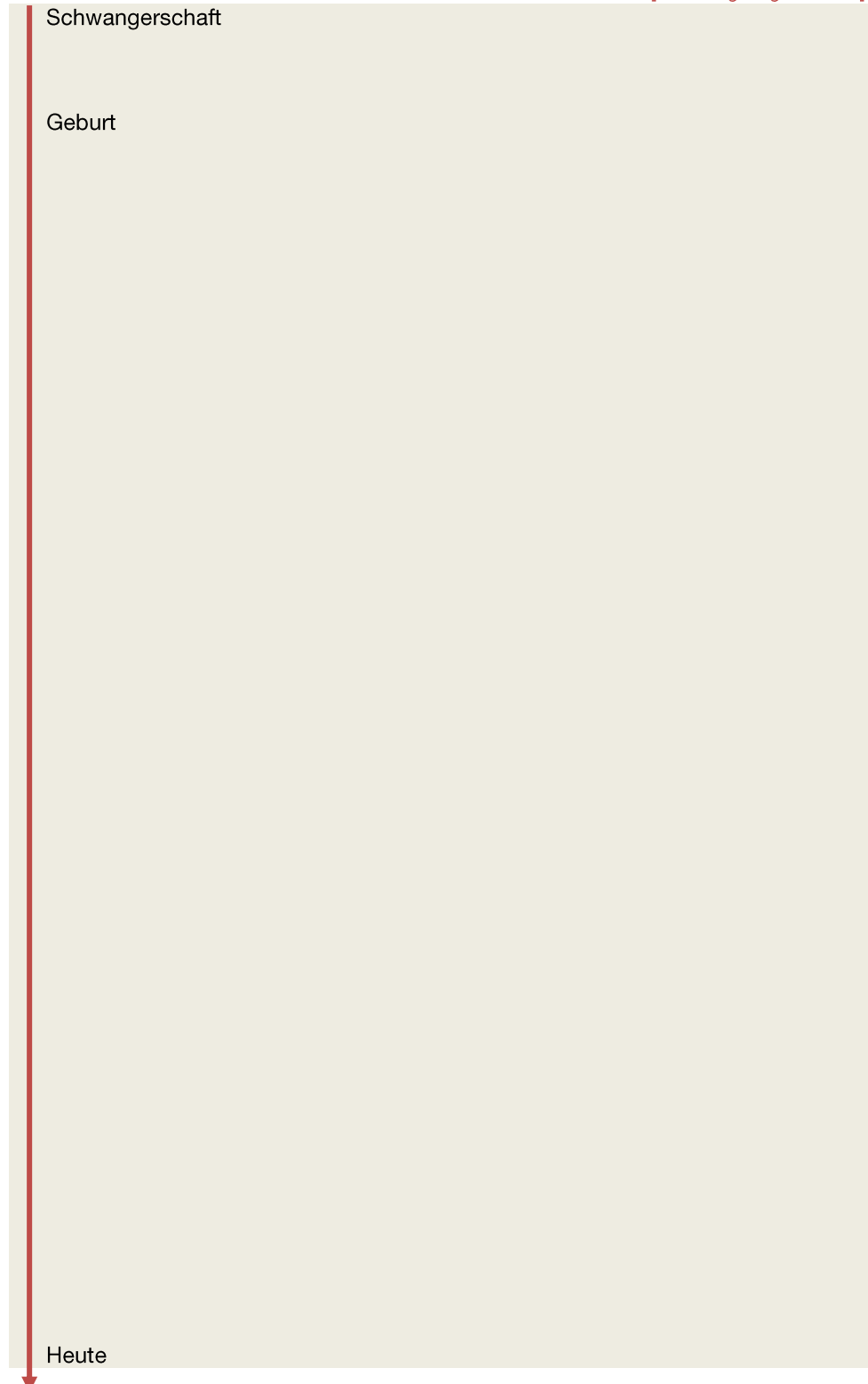
### Eigene Vorgeschichte (mögliche Auswahl)

Anämie  
Blasenentzündung  
Bluttransfusion  
Chlamydien  
Depressionen / Suizidneigung  
Diphtherie  
Erfrierungen  
Erkältungsneigung  
Fehl-, Früh- oder Todgeburten  
Gelbsucht  
Geschlechtskrankheiten  
Grippe / Influenza  
Hämorrhoiden  
Hautkrankheiten  
Herpes / Zoster  
Lymphknotenschwellung  
Magenleiden  
Mandelentzündung  
Masern  
Missbildungen / Atavismen  
Mittelohrentzündung  
Mumps  
Myome / Zysten  
Nierenentzündung  
Operationen  
Parasiten / Läuse  
Pertussis (Keuchhusten)  
Pille / Spirale / Sterilisation  
Pilzerkrankung  
Polypen  
Röteln  
Scharlach  
Soor  
Steinleiden (Niere Blase Galle)  
Tierbiss / Hundebiss  
Tripper  
Unfälle  
Warzen  
Windpocken  
Würmer  
usw.

Schwangerschaft

Geburt

Heute



## 8 Familienanamnese

Nach Möglichkeit, bekannte und erwähnenswerte Krankheiten, Todesursache und Alter der Angehörigen eintragen.

[bestmöglich auszufüllen]

Urgrosseltern (Mutterseite)	Urgrosseltern (Vaterseite)

Grossvater (Mutterseite)	Grossmutter (Mutterseite)	Grossvater (Vaterseite)	Grossmutter (Vaterseite)

Onkel/Tante (Mutterseite)	Mutter	Vater	Onkel/Tante (Vaterseite)
	Geb. Datum:	Geb. Datum:	

Ihre Geschwister	
Alter	

Ihre Kinder	
Alter	

## 9 Ergänzungen

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen, was bis jetzt nicht gefragt wurde, so können Sie es hier eintragen:

---

**10 Personalien**

**Kontaktangaben**

Frau       Herr       Kind       Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Land

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Handy

E-Mail

Ich möchte den Newsletter per E-Mail  
meiner Therapeutin/meines Therapeuten erhalten

Ja       Nein

**Patientenangaben**

Geburtsdatum

AHV Nr.

**Versicherung [Zusatz für Alternativ- und Komplementärmedizin]**

Versicherung [Zusatzversicherung]

Versicherten Nr.

Versichertenkarte Nr.

Versichertenkarte Ablaufdatum

---

**11 Bestätigung und Unterschrift**

Senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben per Post oder per E-Mail zu.

**Ort / Datum:**

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Name in Blockschrift:**

\_\_\_\_\_