

Aikija Stapel, Heilpraktikerin
Qualifizierte Homöopathin des BKHD
(Bund Klassischer Homöopathen Deutschland)

Zeißelstr. 19 - 60318 Frankfurt

Tel. 069-54 73 60

www.aikija-stapel.de

Liebe Patientin, lieber Patient

als Erstes: keine Angst vor diesem großen Fragebogen.
Alle Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach aus.

Zu jedem Krankheitssymptom oder Mißempfinden, das Sie verspüren, wünsche ich mir von Ihnen eine kurze, stichwortartige Beschreibung. Dabei ist wichtig, wann die Beschwerde zuerst auftrat, wie war der weitere Verlauf, wodurch wird Ihr Empfinden gebessert, wodurch verschlechtert, wie fühlen sich die Schmerzen an - sind sie bohrend, ziehend, stechend, drückend etc.

Falls Sie Beschwerden haben, die nicht im Fragebogen aufgeführt sind, notieren Sie sie bitte auf der Rückseite.

Dann schicken Sie mir den Fragebogen bitte so schnell wie Ihnen möglich per Post an mich zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Aikija Stapel

Zum Thema Datenschutz:

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich in meiner Praxis Daten erhebe, speichere oder weiterleite. Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, sprechen Sie mich an.

BASISANAMNESE

Name:

Beruf:

Adresse:

Telefon priv.:

Telefon berufl.

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

natürl. Haarfarbe:

Welches Problem führt Sie in die Behandlung?
(wie und wo genau sind die Beschwerden, Tageszeit, Verschlechterung)

Welche Erkrankungen kamen in Ihrer Familie vor?

Welche Erkrankungen hatten Sie als Kind?

Welche Impfungen ?

Andere Krankheiten, Unfälle, Operationen ?

Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Welche ?
Wann haben Sie Antibiotika eingenommen?
Hormonelle Arzneimittel (z.B. Pille)?

Rauchen Sie, trinken Sie, nehmen Sie andere Drogen?

Haben Sie Beschwerden mit der Kopfhaut, den Haaren?

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? (wann, wo, wie?)

Sind Sie häufig müde? Wann?

Haben Sie oft Schwindelanfälle? (wann, wie)

Leiden Sie unter Sehstörungen oder anderen Augenbeschwerden?

Ohren: hören, Schmerzen, Geräusche

Mund: Lippen, Geschmack, Zähne

Nase: Schnupfen, Niesen, Atmung

Hals: Mandeln, Stimme

Lunge: Bronchien, Husten, Auswurf

Brust: Knoten, Schmerzen

Herz: Schmerzen, Herzklopfen - oder stolpern

Magen: Schmerzen (wie), Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit Völlegefühl

Darm: Schmerzen Hämorrhoiden, Durchfälle, Verstopfung,
Stuhlgang - Besonderheiten

Leber, Galle, Milz:

Niere, Blase: Urinmenge, Besonderheiten der Farbe, des Geruchs Harndrang

Genitalien: Frauen: Gebärmutter, Eierstöcke, äußere Genitalien Schmerzen etc.
Männer: Prostata, äußere Genitalien, Schmerzen, Veränderungen etc.

Frauen: Menstruation : Stimmung, körperliche Beschwerden
vor, während und nach der Menses, regelmäßig, Stärke

Wechseljahre: Stimmung, Beschwerden, Periode ?

Schwangerschaft/ Abtreibung: wann, Besonderheiten?

Ausfluss: Farbe, Geruch, wann ?

Rücken: Schmerzen und Mißempfindungen (wo, wann und wie)

Extremitäten: Arme, Beine, Füße:
Taubheit, Gelenkbeschwerden, Schmerzen

Haut: Hautausschläge (wo, seit wann, wie), Warzen, Mißempfinden

Blutwerte, Nerven, Drüsen:

Blutdruck:

Schweiß: wann, wo, kalt, warm?

Ist Ihnen eher warm oder kalt?

Bekommen Sie schnell "blaue Flecken"?

Bluten Wunden lange?

Heilen Ihre Wunden langsam?

Sind Ihre Beschwerden mehr auf der linken oder rechten Körperseite? Und wo ?

Haben Sie Empfindlichkeiten oder Allergien gegenüber bestimmten Stoffen?

Haben Sie viel Appetit oder Heißhunger?

Wenn ja, was essen Sie am liebsten und auf was können Sie nicht verzichten?

Haben Sie viel oder wenig Durst? Auf welche Getränke ?

Gibt es etwas, was Sie überhaupt nicht essen oder trinken mögen?

Wie ist Ihr Schlaf? Benötigen Sie eine bestimmte Lage? Erwachen Sie um eine bestimmte Uhrzeit? Wann?

Haben Sie wiederkehrende oder besondere Träume? (kurze Beschreibung des Inhalts und des Gefühls im Traum)

Gibt es eine besondere Tageszeit / Jahreszeit, in der es Ihnen besser oder schlechter geht?

Wie vertragen Sie Hitze, Kälte, Wetterwechsel, Wind, Gewitter Sonne, Regen, Zugluft?

Sind Sie ein eher ängstlicher Mensch? Vor welchen Dingen haben Sie Angst oder Furcht?
Kennen Sie Panikgefühle?

Sind Sie ein eifersüchtiger Mensch?

Neigen Sie zu Traurigkeit oder Depressionen?
Versuchen Sie zu beschreiben wann diese Gefühle auftauchen und wie sie dann empfinden.

Gibt es Kränkungen in Ihrem Leben, die Sie schlecht verwinden können?

Können Sie leicht weinen?

Können Sie gut alleine sein?

Sind Sie ein geselliger Mensch?

Gibt es etwas über das Sie ständig nachdenken müssen? Etwas, das Sie nicht loslässt ?

Sind Sie häufig ärgerlich? Was macht Sie wütend? Wie drücken Sie Ihre Wut aus?

Was sind Ihrer Meinung nach Ihre wichtigsten und hervorstechendsten charakterlichen Eigenschaften?

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem Leben?

In welcher Hinsicht sind Sie nicht zufrieden mit sich? Was würden Sie gerne an sich oder Ihrem Leben verändern?