

# Fragebogen

Bitte füllen Sie vor der homöopathischen Erstkonsultation folgenden Fragebogen sorgfältig aus und bringen Sie diesen zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises** zu unserem vereinbarten Termin mit.

## Personalien

Vorname & Name	
Strasse	
PLZ & Ort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon (bei Kinder von Eltern)	
Kinder (Name, Geburtsdatum)	
Name & Vorname von Mutter	
Name & Vorname von Vater	
Ich bin einverstanden, die Rechnung elektronisch (per E-Mail) zu erhalten.	Datum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Patientenanamnese

Hatten Sie in der Vergangenheit Krankheiten, Geburten oder Operationen? Bitte mit Datum notieren.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Medikamente

---

---

---

- Bitte Seite wenden -

## Familienanamnese

Welche Krankheiten hatten Ihre Verwandten und in welchem Alter sind sie gestorben?

Achten Sie speziell auf folgende Krankheiten:

- Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Epilepsie, Haut-, Geschlechts-, Gemüts-, Herz-, Nieren- und Blasenkrankheiten, Rheuma, Arthrose, Gicht, Krampfadern, Krebs, Leukämie, Kropf, Tumore, Zysten, Myome, Nieren-, Gallen- oder Blasensteine, Tuberkulose, Diabetes, Fehlgeburten, Alkohol- und Suchtprobleme, Missbildungen etc.

Mutter

Grossmutter

Grossvater

Vater

Grossmutter

Grossvater

Schwester / Bruder

Schwester / Bruder

Schwester / Bruder

Schwester / Bruder

Schwester / Bruder