

# Kurz-FRAGEBOGEN für die homöopathische Behandlung

Name .....

Datum.....

## ***In der Familie vorkommende Erkrankungen***

### ***Hauptbeschwerden***

Blutarmut	Leber, Galle	Epilepsie
Bluter	Lunge, Asthma, TBC	Psychische Erkrankungen
Krebs	Diabetes	Suchterkrankungen
Herzerkrankung	Rheumatismus	
Hoher Blutdruck	Ekzem, Nesselsucht	
Nierenerkrankung	Lähmung	

### ***Großeltern, Eltern, Onkel, Tanten***      ***Jahrgang/Sterbealter***      ***Krankheiten, Todesursache***

Großmutter mütterlicherseits		
Großvater mütterlicherseits		
Großmutter väterlicherseits		
Großvater väterlicherseits		
Mutter		
Vater		
Tanten		
Onkel		

### ***Geschwister***      ***Jahrgang***      ***Krankheiten***

Bruder	Schwester		

### ***Kinder / Name***      ***Jahrgang***      ***Krankheiten***


### ***Bemerkungen***

---



---



---

## Frühere Erkrankungen und Behandlungen (Übersicht)

(kreuzen Sie bitte Zutreffendes an)

<i>Operationen</i>	<i>Kopf u. Nervensystem</i>	<i>Magen Darm</i>
Mandeln	Chron. Kopfschmerzen	Ernährungsstörungen
Blinddarm	Krämpfe / Epilepsie	Chron. Durchfall
Brüche	Taubheitsgefühle	Verstopfung
Hämorrhoiden	Lähmungen	Nahrungsmittelvergiftung
Nierensteine	Kinderlähmung	Lebererkrankung
Gallensteine	Hirnhautentzündung	Gelbsucht
Star, grauer, grüner	Rückenschmerzen	Diabetes
Vollnarkose	Bewusstlosigkeit	Rheumatismus
Lokale Anästhesie	Rückenmarkspunktion	Würmer

<i>Blutkreislauf</i>	<i>Geschlechtskrankheiten</i>	<i>Harnwege</i>
Herzerkrankungen	Syphilis	Nierenerkrankungen
Blutdruck	Gonorrhoe (Tripper)	Blasenerkrankungen
Schwindel	Herpes genitalis	Prostata

<i>Lungen</i>	<i>Haut</i>	<i>Gemüt</i>
Tuberkulose	Ekzeme	Kummer
Asthma	Allergien	Enttäuschungen
Chron. Husten	Bläschen	Depression
Bronchitis	Warzen	Nervenzusammenbruch

<i>Ohren</i>	<i>Augen</i>	<i>Nase</i>
Infektionen	Infektionen	Nasenbluten
Schwerhörigkeit	Schielen	Polypen

<i>Mund, Rachenraum</i>	<i>Allergie</i>
Infektionen	Nahrungsmittel
Schlechte Zähne	Medikamente

**Bemerkungen**

---



---



---



---