

# Anamnesefragebogen

## Praxis für klassische Homöopathie

### Stefanie Schama

Heilig-Kreuz-Str. 4 86152 Augsburg

[www.praxis-schama.de](http://www.praxis-schama.de) [info@praxis-schama.de](mailto:info@praxis-schama.de) 017623313590

Folgende Angaben helfen uns, Sie in seiner Gesamtheit als eigenständige Persönlichkeit besser zu verstehen, um es auf seinem Heilungsweg optimal begleiten zu können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit.

|              |  |            |  |
|--------------|--|------------|--|
| Vorname Name |  | Geburtstag |  |
| Straße       |  | Blutgruppe |  |
| PLZ-Ort      |  | Gewicht    |  |
| Geschwister  |  | Größe      |  |

#### Kontakt Elternteil / Eltern

|              |  |         |  |
|--------------|--|---------|--|
| Vorname Name |  | Telefon |  |
| Beruf        |  | E-Mail  |  |

**Beziehung:** verheiratet ☐, Lebensgemeinschaft ☐, getrennt ☐, alleinerziehend ☐,  
weiteres: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

#### Krankenversicherung

☐ Privat, ☐ Beihilfe, ☐ Zusatzversicherung, ☐ Selbstzahler\*in.

Name der Krankenkasse:

Rechnungsempfänger:

Rechnungsadresse (falls abweichend von obigen Angaben):

#### Allgemeine Angaben

**Nennen Sie die drei wichtigsten Wünsche zur Verbesserung des Gesundheitszustandes:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Nennen Sie die drei Hauptbeschwerden und seit wann diese bestehen:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ein besonderes Vorkommnis?**

z.B. Umzug ☐, Schock ☐, Trauerfall ☐, Unfall ☐, Infekt, und zwar: \_\_\_\_\_,  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haben Sie folgende Medikamente bekommen?**

Antibiotika, Cortison, Mittel gegen Pilzbefall, Mittel gegen Würmer. Bitte kurz (!) aufzählen:

---

**Neigen Sie zu immer wiederkehrenden Erkrankungen?**

Schnupfen ☐, Husten ☐, Ohrenschmerzen ☐, Bronchitis ☐, Magen-Darm-Beschwerden ☐, Blasenentzündung ☐, weitere: \_\_\_\_\_

---

**Dauern diese Infekte ungewöhnlich lange an?**

Ja ☐, nein ☐

---

**Litten Sie schon mal unter folgenden Beschwerden?**

Geschwollene Drüsen ☐, eitrige Mandeln ☐, entzündete Augen ☐, Blasenentzündung ☐, Ausfluss ☐

Kopfschmerzen: einseitig rechts ☐, einseitig links ☐, beidseitig ☐

Gelenkschmerzen, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Gab es Operationen, wenn ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

---

**Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister...**

z.B. Asthma ☐, Bronchitis ☐, Lungenentzündungen ☐, Tuberkulose ☐, Diphtherie ☐, Hauterkrankungen ☐, Blasenentzündungen ☐, Steinleiden (Galle, Nieren, Blase) ☐, Diabetes ☐, Rheuma ☐, Krebs ☐, Suchtleiden ☐, Geschlechtskrankheiten wie Tripper, Syphilis ☐, weitere: \_\_\_\_\_

---

**Welche der folgenden (Kinder-)Krankheiten“ hatten Sie bereits?**

Masern ☐, Mumps ☐, Röteln ☐, Scharlach ☐, Dreitagefieber (Exanthema subitum, Roseola infantum) ☐, Ringelröteln (Erythema infectiosum) ☐, Windpocken (Varicellen), Keuchhusten ☐, weitere (z.B. Pfeiffersches Drüsenfieber): \_\_\_\_\_

Wie wurden die Infektionen behandelt (z.B. mit fiebersenkenden Mitteln)? \_\_\_\_\_

---

**Hatten Sie Covid 19?**

Nein (nicht dass ich wüsste) ☐, ja ☐ - gab es Auffälligkeiten, hielten die Beschwerden lange an, ist etwas zurückgeblieben etc. ? \_\_\_\_\_

---

**Verhalten & Schlaf****Haben Sie:**

Konzentrationsschwierigkeiten ☐, Verdacht oder Diagnose ADS, ADHS ☐, Schlafstörungen ☐, Hormonelle Störungen ☐, Zyklusveränderungen ☐, Schwangerschaft/Stillzeit ☐  
Verdauungsprobleme ☐, psychische Veränderungen, Ängste ☐, weiteres: \_\_\_\_\_

**Haben Sie?**

Diabetes ☐, Schilddrüsenerkrankungen ☐, Herz-Kreislauf-Störungen ☐, Allergien ☐, weitere \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte bringen Sie diesen Bogen zum 1. Termin mit oder senden Sie uns diesen gerne vorab per mail zu: [info@praxis-schama.de](mailto:info@praxis-schama.de), [www.praxis-schama.de](http://www.praxis-schama.de)

