



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

## Anmeldung / Fragebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Natel \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Ich wurde aufmerksam durch:

Website \_\_\_\_\_ Telefonbuch \_\_\_\_\_ Empfehlung \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Meine Krankengeschichte darf anonymisiert zu Weiterbildungszwecken verwendet werden:  
\_\_\_\_ ja \_\_\_\_ nein

## Informationen

Krankenkassen: Ich bin anerkannt vom EMR und auf der Therapeutenliste von EGK und Visana. Informationen zur Rückvergütung erhalten Sie direkt bei Ihrer Versicherung.

Sprechstunden nach Vereinbarung. Terminabsagen innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin werden verrechnet.

**Datum, Unterschrift:**

---



## Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden. Wann haben diese begonnen? Wodurch werden sie besser oder schlimmer (z.B. Tageszeit, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel, Ärger etc.). Wodurch könnten sie ausgelöst worden sein?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Waren Sie wegen der aktuellen Beschwerden schon in Behandlung?

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? (Cortison, Antibiotika, Schlafmittel, Abführmittel, Psychopharmaka, Hormone, Pille, Vitamine, Eisen, pflanzliche Mittel, etc.). Kam es in der Vergangenheit zu Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten? Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Getränke trinken Sie in welcher Menge täglich?

Wasser \_\_\_\_\_ gesüsstes Wasser \_\_\_\_\_ Tee \_\_\_\_\_ Kaffee \_\_\_\_\_ Milch: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

**Eigene Vorgeschichte**

Bitte führen Sie Ihre Beschwerden stichwortartig in chronologischer Reihenfolge (Beginn der Beschwerden) auf:

- Kinderkrankheiten / Beschwerden in der Kinderzeit
- frühere Beschwerden
- Operationen / Klinikaufenthalte / Unfälle / Verletzungen

Datum	Beschwerde/Krankheit/Verletzung
_____	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

**Familienvorgeschichte**

Welche Krankheiten gab oder gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister)? Was waren die Todesursachen der nächsten Blutsverwandten?

**Mutterseite**

Grossmutter

---

---

---

---

---

---

---

Grossvater

---

---

---

---

---

---

---

**Vaterseite**

Grossmutter

---

---

---

---

---

---

---

Grossvater

---

---

---

---

---

---

---

Mutter

---

---

---

---

---

---

---

Vater

---

---

---

---

---

---

---

Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins

---

---

---

---

---

Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins

---

---

---

---

---

Eigene Geschwister (Geburtsdatum + Krankheiten angeben)

---

---

---

---

---