



Praxis für klassische Homöopathie

Mathias Mathias Blaser
Naturheilpraktiker mit
eidgenössischem Diplom in Homöopathie

Fragebogen für die Erstaufnahme

Ausfüllen am PC: in Adobe Reader öffnen > Werkzeuge > «ausfüllen und unterschreiben» > schreiben/drucken.

Personalien:

Name: Vorname/n: Geb:

Adresse: Mob.-Nr:

Bei Kindern:

Vorname, Name Geb.jahr Mutter: Vater:

Vorname Geb.jahr Geschwister:

Hausarzt:

Krankenkasse Zusatzversicherung:

Aktuelle Beschwerden (Hauptbeschwerden):

1.

2.

3.

Sonstige Beschwerden (Nebenbeschwerden):

.....
.....
.....
.....

Schwangerschaft/Geburt/Entwicklung (nur bei Kindern auszufüllen):

Besonderheiten Schwangerschaft/Geburt:

.....
.....

Geburtsgewicht: g Geburtsgrösse: cm

Stillen (wie lange):

Erster Zahn: Monate Krabbeln: Monate Erste Schritte: Monate

Sprachentwicklung:

Entwicklungsauffälligkeiten:

Impfungen (bitte Kopie Impfbüchlein mitbringen):

Unübliche Reaktionen:
.....

Weitere Krankheiten, Unfälle, Operationen:

Wann:	Was:



Praxis für klassische Homöopathie

Mathias Mathias Blaser

Naturheilpraktiker mit

eidgenössischem Diplom in Homöopathie

Wichtige Krankheiten der Familienangehörigen (nicht zu grossen Aufwand betreiben)

Beispielsweise: Asthma, Tuberkulose, Krebs, Hauterkrankungen, Nervenerkrankungen, Neuralgien, Geisteskrankheiten, Depression, Ängste, Selbstmord, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Herzerkrankungen, Gefässerkrankungen, Herzinfarkt, Hirnschlag, Diabetes, Steine (Galle oder Niere), Rheuma, Gicht, Süchte (Tabak, Alkohol, Drogen), Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Tuberkulose, Lungenentzündungen, Asthma, Allergien, Impfreaktionen, Bluttransfusionen, Fehl-/ Totgeburten, usw.

Urgrosseltern:		Urgrosseltern:	
Grossmutter:	Grossvater:	Grossmutter:	Grossvater:
Mutter:		Vater:	
Tanten:	Onkel:	Tanten:	Onkel:
Geschwister 1 Geb.jahr:			
Geschwister 2 Geb.jahr:			

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

(Schulmedizinische, aber auch homöopathische, Schüsslersalze, Pflanzenheilmittel, Nahrungsergänzungsmittel und Verhütungsmittel wie Antibabypille, Spirale)

Medikament:	Seit wann:	Wirkung / Nebenwirkungen:



Praxis für klassische Homöopathie

Mathias Mathias Blaser
Naturheilpraktiker mit
eidgenössischem Diplom in Homöopathie

Parallele schulmedizinische und alternativmedizinische Behandlungen:

Therapie/Abklärung:	Wann:	Erfolg:

Bisherige Krankheiten? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 3-Monatskrämpfe	<input type="checkbox"/> Dellwarzen	<input type="checkbox"/> Grippe	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Diabetes mel.	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Sucht/Alkohol/Drogen
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Angina (Hals)	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Hirn (Meningitis/Apoplex)	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Unfall schwererer
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Essprobleme	<input type="checkbox"/> Inkontinenz Harn/Stuhl	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/> Wachstumsschmerz
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Pfeiffersche Drüsenkrkh.	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrank.
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Würmer
<input type="checkbox"/> Covid-19	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Zahn(ungs)probleme

Mädchen/Frauen:

Alter 1. Menstruation: Dauer Zyklus: Tage Dauer Mens-Blutung: Tage

Beschwerden vor/während/nach Mens:

.....

.....

Aktuelle Verhütung:

Anzahl Schwangerschaften/Kinder:

<input type="checkbox"/> Ausfluss unübl.	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt/en	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> Warzen genital
<input type="checkbox"/> Brustzysten/-knoten	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Libidoprobleme	<input type="checkbox"/> Wechselsjahresbeschwerden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Infekte	<input type="checkbox"/> Myome	<input type="checkbox"/> Zwischenblutung	<input type="checkbox"/>

Jungen/Männer:

<input type="checkbox"/> Ausfluss	<input type="checkbox"/> Hodenhochstand	<input type="checkbox"/> Libidoprobleme	<input type="checkbox"/> Prostataprobleme	<input type="checkbox"/> Warzen genital
<input type="checkbox"/> Erektionsprobleme	<input type="checkbox"/> Infekte	<input type="checkbox"/> Neben-/Hodenentzündung	<input type="checkbox"/> Vorhautverengung	<input type="checkbox"/>

Nahrung:

Nahrungsmittel die nicht vertragen werden:

.....

.....

Suchtmittel:

.....

.....

.....

.....