



Lieber Patient, liebe Patientin,
bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Personalien:

Vor- und Nachname: _____

Name eines Elternteils, falls Patient ein Kind ist: _____

Adresse: _____

Telefonfestnetz: _____ Mobiltelefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Kinder: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat Beihilfe

Name / Ort der Krankenkasse: _____

Nehmen Sie Medikamente?

Name: _____ Seit wann? _____

Warum? _____

Operationen und Unfälle: _____

Bei Frauen: Anzahl der Schwangerschaften: _____ Anzahl der Geburten: _____

Beschwerden in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt: Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Impfungen: (falls bekannt und eventuelle Reaktionen danach)

Kinderkrankheiten:

Gibt es schwere oder erbliche Erkrankungen (wie z. B. Tuberkulose, Krebs, Herzerkrankungen, etc.) in Ihrer Familie, evtl. mit Todesursache?

Ihre bisherigen Erkrankungen in Stichworten, möglichst in zeitlicher Reihenfolge:

Ich wünsche eine homöopathische Behandlung

Ort, Datum

Unterschrift
