



Naturheilpraxis  
Kerstin Ligat

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Der Umfang des Fragebogens mit der Fülle an Fragen erscheint Ihnen im ersten Moment vielleicht ungewöhnlich. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und beantworten die Fragen gründlich.

Die Homöopathie ist personalisierte Medizin. Das bedeutet: das Mittel muss sowohl zu Ihren Beschwerden als auch zu Ihrer Persönlichkeit passen. Daher spielen z. B. Vorlieben für bestimmte Speisen eine Rolle als auch familiär ererbte Anfälligkeiten für bestimmte Erkrankungen eine Rolle.

Bitte bringen Sie den Fragebogen zwei Wochen vor dem Erstgespräch in die Praxis oder senden ihn mir zu.

Herzlichen Dank!

Naturheilpraxis Kerstin Ligat • Heilpraktikerin • Spadener Weg 36 • 27607 Geestland • 04743-322 71 56

**Fragebogen Erstgespräch Homöopathie**

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. tags: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Name und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Art der Tätigkeit:  sitzend  stehend  körperl.

Kommen Sie auf Empfehlung?  Nein  Ja, durch \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  AOK  BEK  TK  IKK  Beihilfe  Post B.

Private \_\_\_\_\_  andere Krankenkasse \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie bezahlen?  bar  Scheck  Rechnung bei Privatpatienten

Sind Sie  Auszubildende/r  Student/in  Schüler/in  zurzeit erwerbsunfähig  arbeitslos?

**Aktuelle Beschwerden**

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in die Praxis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beginn der Beschwerden ab \_\_\_\_\_

Gibt es Verschlechterungen oder Besserungen im Verlauf? \_\_\_\_\_

Ist ein Krankheitsauslöser bekannt? Welcher? \_\_\_\_\_

Was verbessert oder verschlimmert die Symptome? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie wurde die Erkrankung bisher behandelt durch einen Arzt/Ärztin oder Heilpraktiker/in?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bitte Befunde mitbringen!

Begleitbeschwerden? Weitere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie sichtbare Hautveränderungen z.B. besondere Muttermale, Warzen, Ausschläge? Juckreiz?

---

Was verbessert oder verschlimmert hier? \_\_\_\_\_

---

Sind Ihre Zähne gesund? Gibt es Eiterherde, Füllungen, Fehlstellungen, Implantate oder Ä.?

---

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_

Gab es Zu- oder Abnahmen im letzten halben Jahr? Wieviel? \_\_\_\_\_

### **Ihre persönliche Geschichte**

Besonderheiten in der Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit bei Ihrer Mutter? \_\_\_\_\_

---

Gab es besondere Lebensumstände im Leben Ihrer Eltern in der Zeit vor Ihrer Entstehung z.B. Unfälle, Flucht oder andere seelisch belastende Situationen? \_\_\_\_\_

---

Wie verlief Ihre Geburt? \_\_\_\_\_

Wurden Sie mit körperlichen Besonderheiten geboren? \_\_\_\_\_

Wie verlief Ihre Entwicklung als Kind? Wann konnten Sie laufen/ sprechen? \_\_\_\_\_

---

Gab es in der Entwicklung Auffälligkeiten wie Verzögerungen, Bettnässen ect.? \_\_\_\_\_

---

Verlief die Zahnung leicht oder gab es zeitgleich Hautausschläge, Durchfälle o. Ä.?

---

Was war die erste Erkrankung ab Ihrer Geburt? \_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie mir alle Erkrankungen oder Krankenhausbesuche ab der Geburt bis jetzt auf einen Zettel gesondert auf soweit Sie sich daran erinnern.

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? \_\_\_\_\_

---

(Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Scharlach, Keuchhusten, Mittelohrentz., Hand-Fuß-Mund...)

Gab es bei den Kinderkrankheiten ungewöhnliche Verläufe z. B. mehrmaliges Auftreten, Erkrankung im Erwachsenenalter, schwerer Krankheitsverlauf? \_\_\_\_\_

---

Wann und gegen was wurden Sie geimpft? (Bitte in die Chronologie eintragen, Impfausweis mitbringen!) \_\_\_\_\_

---

Gab es starke Impfreaktionen z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Rötungen, Lähmungen, Gliederschmerzen? \_\_\_\_\_

---

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen in der Vergangenheit aufgetreten oder leiden Sie daran?

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen             | <input type="radio"/> Diabetes    | <input type="radio"/> Lungenentzündungen             |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankungen         | <input type="radio"/> Migräne     | <input type="radio"/> Blasen-/Nierenentzündungen     |
| <input type="radio"/> Nervenschmerzen              | <input type="radio"/> Warzen      | <input type="radio"/> Hauterkrankungen               |
| <input type="radio"/> Magen- o. Darmerkrankungen   | <input type="radio"/> Krebs       | <input type="radio"/> Schilddrüsenleiden             |
| <input type="radio"/> Leber-/Galleleiden           | <input type="radio"/> Gicht       | <input type="radio"/> Pfeiffersches Drüsenfieber     |
| <input type="radio"/> Tuberkulose                  | <input type="radio"/> Rheuma      | <input type="radio"/> Tropenkrankheiten z.B. Malaria |
| <input type="radio"/> Alkoholmissbrauch            | <input type="radio"/> Muttermale  | <input type="radio"/> Feigwarzen (kl. Hautfetzen)    |
| <input type="radio"/> zu hoher/niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> AIDS        | <input type="radio"/> genitaler Ausfluss             |
| <input type="radio"/> Kinderlähmung                | <input type="radio"/> Scharlach   | <input type="radio"/> Windpocken                     |
| <input type="radio"/> Mumps                        | <input type="radio"/> Allergie    | <input type="radio"/> Röteln                         |
| <input type="radio"/> Masern                       | <input type="radio"/> Diphtherie  | <input type="radio"/> Keuchhusten                    |
| <input type="radio"/> Suchterkrankungen            | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Multiple Sklerose              |
| <input type="radio"/> Gemütererkrankungen          | <input type="radio"/> Geschwüre   | <input type="radio"/>                                |

Bitte mit dem Datum des ersten Erscheinens in die Chronologie eintragen!

Sind Sie für bestimmte Erkrankungen besonders „anfällig“, d.h. kommen bestimmte Symptome z.B. eine Allergie, Magen-Darmerkrankungen, Erkältungen immer wieder? \_\_\_\_\_

---

Hatten Sie längere Zeit Kontakt zu Chemikalien oder giftigen Substanzen? Wenn ja, welche?

---

Gibt es körperliche Reaktionen auf Chemikalien? \_\_\_\_\_

Haben Sie in der Vergangenheit einen Facharzt aufgesucht z.B. einen Kardiologen, Hautarzt etc.?  
Welchen und warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenden Sie aktuell Medikamente an? Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reagieren Sie auf bestimmte Arzneimittel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen, Unfälle, Desensibilisierungen, Blutübertragungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es dadurch gesundheitliche Folgen? Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie längere Zeit im Ausland? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was war die schlimmste Zeit in Ihrem Leben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Genussmittel nehmen Sie mehr oder weniger regelmäßig zu sich?

Kaffee  Tee  Alkohol  Zigaretten  Zucker  andere \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits homöopathisch behandelt?  Nein  Ja, mit folgenden Mitteln: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Die Geschichte Ihrer Familie

Welche Krankheiten gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister, ggf. Ihre Kinder)?

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen             | <input type="radio"/> Diabetes        | <input type="radio"/> Lungenentzündungen             |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankungen         | <input type="radio"/> Migräne         | <input type="radio"/> Blasen-/Nierentzündungen       |
| <input type="radio"/> Nervenschmerzen              | <input type="radio"/> Warzen          | <input type="radio"/> Hauterkrankungen               |
| <input type="radio"/> Magen- o. Darmerkrankungen   | <input type="radio"/> Krebs           | <input type="radio"/> Schilddrüsenleiden             |
| <input type="radio"/> Leber-/Galleleiden           | <input type="radio"/> Gicht           | <input type="radio"/> Pfeiffersches Drüsenfieber     |
| <input type="radio"/> Tuberkulose                  | <input type="radio"/> Rheuma          | <input type="radio"/> Tropenkrankheiten z.B. Malaria |
| <input type="radio"/> Alkoholmissbrauch            | <input type="radio"/> Muttermale      | <input type="radio"/> Feigwarzen (kl. Hautfetzen)    |
| <input type="radio"/> zu hoher/niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> AIDS            | <input type="radio"/> genitaler Ausfluss             |
| <input type="radio"/> Kinderlähmung                | <input type="radio"/> Scharlach       | <input type="radio"/> Windpocken                     |
| <input type="radio"/> Mumps                        | <input type="radio"/> Masern          | <input type="radio"/> Röteln                         |
| <input type="radio"/> Masern                       | <input type="radio"/> Diphtherie      | <input type="radio"/> Keuchhusten                    |
| <input type="radio"/> Suchterkrankungen            | <input type="radio"/> Osteoporose     | <input type="radio"/> Multiple Sklerose              |
| <input type="radio"/> Gemütskrankungen             | <input type="radio"/> Unfruchtbarkeit | <input type="radio"/> Schlaganfall                   |
| <input type="radio"/> Alzheimer                    | <input type="radio"/> Geschwüre       | <input type="radio"/> Lähmungen                      |
| <input type="radio"/> Fehl- o. Todgeburten         | <input type="radio"/> Parkinson       | <input type="radio"/> angeborene Missbildungen       |

Bitte bringen Sie zum Termin Ihre **Befunde**, Ihren **Impfpass**, Ihre **Chronologie** mit. Notieren Sie zusätzlich an zwei Tagen (Arbeits- und Ruhetag) was Sie gegessen und getrunken haben. (Grobe Mengen wie z.B. " ein Brötchen mit Käse, 2 Tassen Kaffee" reichen für das **Ernährungsprotokoll** völlig aus.

Vielen Dank!

**Zusatzfragen für Frauen**

Datum Ihrer ersten Periode: \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit der Periode? Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in einer Schwangerschaft?  Nein  Ja, aktuell \_\_\_\_\_ SSW

Waren Sie bereits schwanger? Wie verlief(en) die Schwangerschaft(en) und die Geburt(en)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie durch die Schwangerschaften neue Beschwerden bekommen oder fühlten Sie sich im Gegenteil besonders gesund? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es gynäkologische Operationen z. B. Ausschabungen, Kaiserschnitt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in den Wechseljahren?  Nein  Ja Datum der letzten Regel \_\_\_\_\_

Kamen mit den Wechseljahren neue Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_