

## Anmeldung

Bitte zum ersten Termin dieses Formular ausgefüllt mitbringen.

### Patient/in:

Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Datum: ..... Geschlecht: w  m  Familienstand: .....

Erziehungsberechtigte: .....

### Adresse:

Straße/ Hausnummer: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel. privat: ..... Tel. geschäftl.: .....

Handy: ..... E-Mail: .....

Beruf: .....

Kranken-Versicherung/Kasse: .....

Waren Sie schon einmal in homöopathischer Behandlung? Welche Mittel wurden eingesetzt?

.....  
.....

Was sind Ihre Hauptbeschwerden? .....

.....  
.....

Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon medizinisch behandelt? Welche Arzneimittel/ Therapien haben Sie erhalten? .....

.....  
.....

Welche Behandlung, welche Medikamente bekommen Sie aktuell? .....

.....  
.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen, wann waren diese, gab es danach Reaktionen? .....

.....  
.....

Welche Kinderkrankheiten, Operationen, Unfälle und sonstige Erkrankungen hatten Sie?

Jahr                      Erkrankung

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

Welche Erkrankungen gab/ gibt es in der Familie?

Vater ..... Mutter.....

Großeltern väterlich ..... Großeltern mütterlich.....

.....

Geschwister .....

**Bei Frauen:**

Anzahl der Schwangerschaften:..... Geburten: .....

Beschwerden im Zusammenhang mit Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett:

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