Persönliche Krankengeschichte:

NAME:_____ **VORNAME:**_____ **GEB.**_____

Allgemeines:
Wichtig für die homöopathische Behandlung sind neben den aktuellen Erkrankungen auch chronische Abläufe.

Bitte geben Sie deshalb in folgendem Formular an:

- Alle Krankheiten, die Sie bisher hatten, von Geburt an bis jetzt, geordnet nach Lebensalter und wie sie behandelt wurden.
- Wenn vorhanden, ärztliche Befunde Ihres jetzigen Leidens.
- Gab es Auffälligkeiten, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war? (z.B. Medikamente nehmen, starke Übelkeit, Blutungen, Operationen etc.)
- Gab es Auffälligkeiten in Ihrer Kleinkindzeit? (z.B späte Zahnung, Windelausschlag, 3-Monatskolik, Milchunverträglichkeit, Impfreaktionen etc)
- Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt?

Bitte schicken Sie mir auch eine Kopie Ihres Impfausweises, allfällige Arztberichte und eine aktuelle Fotographie mit!

Alter: **Krankheit?** **Behandlung?**

Geburt:

Probleme heute: