



HEILPRAKTIKER MACCHI

HOMÖOPATHIE MEDIZINISCHER BIOMAGNETISMUS FAMILIEN- UND STRUKTURAUFSTELLUNG

DORFSTRASSE 20 85276 GÖBELSBACH

WWW.MACCHI.DE PRAXIS@MACCHI.DE

T 08443 91 98 34

HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

Sie kommen zu mir, um gesund zu werden oder zumindest eine Besserung Ihrer Beschwerde zu erfahren. Mein Ziel ist es, Ihnen dabei zu helfen und die am besten passende homöopathische Medizin zu finden. Um dies zu erreichen bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Die homöopathische Medizin wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden. Wenn ich also ein wirksames Mittel für Sie finden will, muss ich alle Einzelheiten Ihrer Erkrankung kennen. Dazu gehören alle Züge Ihrer eigentlichen Persönlichkeit. Das beinhaltet Ihre aktuelle Krankengeschichte aber auch Ihre Vergangenheit, die Vorgeschichte Ihrer Familie und Ihre Geistes- und Gemütsverfassung. Die Kenntnisse dieser Umstände ermöglichen mir, Ihr Mittel zu finden, was Ihre Krankheit bessern soll. Das Mittel soll nicht nur Ihre Krankheit bessern, sondern Ihren Gesamtzustand.

Um nun etwas über Sie zu erfahren, werde ich eine Menge Fragen haben. Jede dieser Fragen hat eine bestimmte Absicht und Bedeutung für die Findung des Mittels. Auch Dinge, von denen Sie denken, dass sie nichts mit Ihren Beschwerden zu tun haben, können wichtig sein bei der Entscheidung, Ihnen das richtige Mittel zu geben.

Ich bitte Sie daher, diesen Fragebogen durchzulesen und alles anzukreuzen und zu ergänzen, was zutrifft. Falls Sie zur Beantwortung von bestimmten Fragen mehr Platz benötigen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder Blankopapier unter Nennung der Frage, zu der die Antwort gehört.

Alles was Sie mir mitteilen, wird vertraulich behandelt. Als Heilpraktiker unterliege ich der Schweigepflicht.

Datum:

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon _____ email _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Beruf _____

Versicherung / Zusatzversicherung _____

Was ist Ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem)? _____

Seit wann fühlen Sie sich krank? _____

Wie äußern sich die Beschwerden? _____

Wie fühlen Sie sich? _____

Was erwarten Sie von der Behandlung? _____

Wiedererinnern

Gab es Beschwerden/Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Wie verlief Ihre Geburt? _____

Hatten Sie als Kind: Windpocken Mumps Diphtherie Scharlach Röteln
Sonstige Kinderkrankheiten: _____

Gab es Hauterkrankungen, schwere oder chronische Krankheiten, wiederkehrende Krankheiten in Ihrer Kindheit und Pubertät und wie wurden diese Krankheiten behandelt? Besteht eine oder mehrere dieser Krankheiten bis heute?

Bitte beschreiben Sie sich als Kind und Jugendlicher mit ein paar Stichworten. Wie war die Schule für Sie? _____

Wurden Sie operiert? Ja Nein Wenn ja, woran, wann? _____

Sind Sie oft geimpft worden? Als Kind Als Erwachsener

Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft worden?

Tetanus Diphtherie Keuchhusten Haemophilus Influenza Typ b Polio Hepatitis B (HB) Pneumokokken Meningokokken MMR (Masern, Mumps, Röteln) Varizellen Influenza humanen Papillomviren (HPV) Pocken Masern

Andere _____

Wann war die letzte Impfung und welche war das? ____

Sind nach einer Impfung irgendwelche Probleme aufgetaucht? _____

Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen? Ja Nein Wenn ja, woran, wann? _____

Was hatten Sie häufig in Ihrem Leben?

Gallenprobleme Leberproblem Magenprobleme Darmprobleme Verdauungsstörungen Depressionen Gelenkprobleme Schilddrüsenprobleme Knochenbruch Venenstaus/Krampfader Ausfluss weiß gelblich grünlich braun nach Fisch riechend Harnstrahl geteilt Vergesslichkeit Gewichtsveränderungen Schwankungen der Leistungsfähigkeit Lähmungen Hitzewallungen Muskelkrämpfe Ohnmachten Schlafstörungen Ängste Nervosität Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz Menstruationsbeschwerden Wechseljahresbeschwerden Störungen in der Sexualität Allergien Hautprobleme Erkältungskrankheiten Grippe Bronchitis Nasennebenhöhlenentzündung

Sind Sie häufig erkältet? Ja Nein Wenn ja, beschreiben Sie die Symptome, Art der Erkältung usw. _____

Gibt es Beschwerden mit der Brust oder dem Herzen? Ja Nein _____

Gibt es Beschwerden mit Ihrem Blutdruck? Ja Nein _____

Gibt es Beschwerden mit Ihrer Stimme oder der Sprache? Ja Nein _____

Gibt es irgendwelche Beschwerden bei der Atmung? Ja Nein _____

Haben Sie irgendeinen Husten? Ja Nein _____

Fiebern Sie leicht? Ja Nein Gar nicht

Haben Sie irgendwelche Schwindelgefühle oder Schwankungen? Ja Nein

Waren Sie jemals bewusstlos? Ja Nein

Haben Sie oft Kopfschmerzen? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit ihren Augen oder mit der Sehfähigkeit? Ja Nein

Hören Sie schlecht? Ja Nein Links Rechts Beidseitig

War Ihr Geruchssinn mal gestört? Ja Nein

War Ihr Geschmackssinn mal gestört? Ja Nein

Haben Sie kariöse Zähne? Ja Nein

Zahnfleischbluten? Ja Nein

Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten beim Schlucken? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden mit dem Rücken, den Gliedmaßen oder den Gelenken? Ja Nein Beschreiben Sie diese. _____

Haben Sie irgendwelche Schmerzen? Ja Nein

Wechseln die Schmerzen den Ort? In welche Richtung strahlen sie aus? _____

Gibt es irgendeine Veränderung der Hautfarbe oder Flecken an irgendeiner Körperstelle? Ja Nein _____

Hatten Sie irgendwelche Geschwüre, Furunkeln? Ja Nein Wenn ja, wo, wie oft?

Gab es Schwellungen, Tumoren, Krebsgeschehen? Ja Nein Wenn ja, welches Organ, wie behandelt? _____

Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl auf der Haut in den Fingern in den Beinen in den Füßen sonst wo _____

Gibt es Beschwerden oder Abnormalitäten der Nägel oder der Haut um die Nägel? Ja Nein _____

Gibt es Beschwerden mit den Haaren, z. B. Haarausfall, Grauwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum der Haare? Ja Nein _____

Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach dem Wasserlassen? Ja Nein _____

Riecht Ihr Urin Stark Ja Nein Wie riecht er? _____

Hatten Sie schon eine Blasenentzündung? Ja Oft Mehrmals
Einmal Nein

Haben Sie an irgendwelchen Geschlechtskrankheiten gelitten? Ja Nein
Welche? _____

Haben Sie ein verstärktes / geschwächtes Verlangen nach sexueller Betätigung? Ja Nein Weiss nicht

Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion? Ja Nein

Wie fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr? __

Bitte schildern Sie Ihren Menstruationszyklus mit eventuellen Beschwerden / Abweichungen

Schwitzen Sie leicht? Ja Nein

Riecht der Schweiß stark? Ja Nein Wie riecht er? Zum Beispiel faul, scharf, sauer, wie Urin? _____

Heilen Ihre Wunden langsam? Ja Nein

Gibt es Narben / Wucherungen? Neigen die Wunden dazu zu eitern? _____

Haben Sie eine Neigung zu bluten? Ja Nein

Sind die Beschwerden einseitig? Links Rechts Beidseitig

Beginnen sie auf der einen Seite und gehen dann auf die andere Seite? Ja Nein

Wechseln die Beschwerden die Seiten? Ja Nein

Wodurch werden Ihre Beschwerden verbessert und/oder verschlechtert? (z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, Liegen, Essen, Druck, Tageszeit, usw.) _____

Zittern Sie irgendwo? Ja Nein Wo und wann? ? _

Gibt es ein Gefühl von Schwäche? Ja Nein

Wie und wann fühlen Sie dieses? Ist es an irgendeinem Teil des Körpers? _____

Beschreiben Sie Ihre Haltung im Schlaf, auf dem Rücken, auf der Seite, auf dem Bauch usw.? _____

Schnarchen Sie? Ja Nein

Knirschen Sie im Schlaf mit den Zähnen? Ja Nein

Sprechen Sie im Schlaf? Ja Nein

Gehen Sie im Schlaf umher? Ja Nein

Leiden Sie an Schlaflosigkeit Ja Nein Wann? Warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Wenn ja, welche

Haben Sie Antibiotika eingenommen? Oft Manchmal Selten Nein

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? Oft Selten

Haben Sie Ekzeme, Pickel mit chemischen Mitteln behandelt? Ja Nein

Haben Sie oft Kopfschmerzmittel eingenommen? Oft Selten Nein

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen? Ja Nein Häufig
Selten

Bitte schildern Sie Ihr Essverhalten mit Appetit auf, Heißhunger, Abneigung, Durst, Alkohol, Rauchen, Unverträglichkeiten

Leben Sie in einer Beziehung Mann-Frau Mann-Mann Frau-Frau erfüllt
unerfüllt problematisch

Haben Sie Kinder Nein Ja Wenn ja, wie viele, wie alt, vom gleichen Partner? _____

Gibt es bei Ihnen einen unerfüllten Kinderwunsch? Ja Nein

Hatten Sie Früh- Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ja Nein _____

Leben Sie lieber alleine? Ja Nein

Leben Sie ungewollt alleine? Ja Nein

Sind Sie ängstlich? Ja Nein Was macht Ihnen Angst? _____

Haben Sie Schuldgefühle Ja Nein Wenn ja, welcher Art _____

Haben Sie Furcht vor irgendetwas? Zum Beispiel vor Tieren, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Tod, Krankheit, Räubern, plötzlichen Geräuschen, Donner, vor der Zukunft, vor etwas Unbekanntem, vor hochgelegenen Orten usw. _____

Sind Sie eifersüchtig? Ja Nein Auf wen? Wie äußert sich das, wenn Sie eifersüchtig sind? _____

Wie lange erinnern Sie sich an Beleidigungen, die Ihnen von anderen angetan wurden? _____

Haben Sie Rachegefühle? Ja Nein _____

Sind Sie ungeduldig? Ja Nein Bei welchen Gelegenheiten? _____

Worüber sind Sie stolz? _____

Wodurch wird Ihr Stolz verletzt? _____

Haben Sie schon mal Selbstmordgedanken gehabt? Ja Nein Wann und wie? _____

Haben Sie viele sexuellen Gedanken? Ja Nein

Werden Sie zu von unerwünschten Gedanken heimgesucht? Ja Nein
Was für welche? _____

Hören Sie Stimmen, werden Sie gerufen, oder etwas in dieser Art? Ja Nein
Wenn ja, wie? _____

Haben Sie ein gutes Gedächtnis? Ja Nein Wofür haben Sie ein schlechtes Gedächtnis? Namen, Zahlen Gesichter, was Sie gerade gelesen haben usw. _____

Lieben Sie Gesellschaft? Ja Nein

Bleiben Sie lieber alleine? Ja Nein

Wie schlimm werden Sie durch Unordnung, Unsauberkeit in Ihrer Umgebung berührt? _____

Welches sind die größten Kümernisse die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welche Jahreszeit mögen sie am liebsten _____

Falls es das gibt Lieblingsfarbe _____ -film _____
_____ -buch _____ -märchen _____

Träumen Sie? Ja Nein Gibt es wichtige oder wiederkehrende Träume _____

Haben Sie Hobbys? Ja Nein Welche? _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Was? _____

Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld

Mutter lebt wie alt _____ hat Krankheiten _____

Wann gestorben _____ an was _____

Haben Sie die Mutter gepflegt? Ja wie lange _____ Nein

Beziehung zu Mutter eng nicht gut schwierig

Wurden Sie von der Mutter gestillt? Ja wie lange ____ Nein

Waren Sie willkommen?

Sind Sie unehelich geboren

Wie war die Geburt normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steißgeburt Hausgeburt im Kreißsaal im Flüchtlingslager

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? Ja Oft Lange Nein

War/ist Ihre Mutter sensibel künstlerisch introvertiert schwach berufstätig selten zu Hause cholerisch ungerecht laut dominant hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin hat Sie geschlagen den Vater geschlagen Geschwister geschlagen Waren Sie Lieblingstochter/Lieblingssohn

Vater lebt wie alt _____ hat Krankheiten _____

Wann gestorben _____ an was _____

Haben Sie den Vater gepflegt? Ja wie lange _____ Nein

Beziehung zu Vater eng nicht gut schwierig

War/ist Ihr Vater sensibel künstlerisch introvertiert schwach berufstätig selten zu Hause cholerisch ungerecht laut dominant hat die Mutter klein gemacht Alkoholiker hat Sie geschlagen die Mutter geschlagen Geschwister geschlagen Waren Sie Lieblingstochter/Lieblingssohn

Die Eltern leben getrennt Trennung wann _____ sind geschieden

Sind Sie (zeitweise) bei einem anderen Familienmitglied aufgewachsen?

Haben Sie Geschwister? Nein Ja Wie viele _____ Älter Jünger das
wievielte Kind sind Sie _____

Krankheiten der Geschwister _____

Krankheiten der Großelterngeneration

Oma mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ Wann _____

Opa mütterlicherseits _____

Gestorben an _____ Wann _____

Oma väterlicherseits _____

Gestorben an _____ Wann _____

Opa väterlicherseits _____

Gestorben an _____ Wann _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in der mütterlichen Seite bekannt? _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in der väterlichen Seite bekannt? _____

Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse:

Tuberkulose Tripper Syphilis Malaria eine Tropenkrankheit Wurmerkrankungen Schuppenflechte Diabetes Drogenkonsum Rheuma Alkoholismus psychiatrische Krankheiten Selbstmord Missbrauch Mord

Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte „Muster“ erkannt (Verhalten, Häufung von Geschehnissen wie Unfällen, früher Tod, ähnliche Krankheiten, usw.?)

Heilung heißt Wandlung und Veränderung. Was sind Sie bereit, in Ihrem Leben schrittweise zu verändern? _____

Über was können Sie sich von Herzen freuen? _____

Bitte den Fragebogen ausgefüllt an:

Heilpraktiker Macchi

Dorfstraße 20

85276 Pfaffenhofen

08443-919834

praxis@macchi.de