



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 Gemütesverfassung. 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: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Versicherung/Zusatzversicherung: _____

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 Keuchusten Haemophilus influenzae Typ b

Polio Hepatitis B (HB) Pneumokokken Meningokokken

MMR (Masern, Mumps, Röteln) Varizellen Invluenza

humanen Papillomviren (HPV) Pocken Masern Andere _____

Wann war die letzte Impfung und welche war das? _____

SEITE 3 – HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

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/Krampfadern
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
Wechseljahrsbeschwerden 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 _____

Seite 6 – HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Seite 7 – HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

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 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? _____

Haben Sie ...

eine Lieblingsfarbe? _____

ein Lieblingsfilm? _____

ein Lieblingsbuch? _____

ein Lieblingsmärchen? _____

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

Lebt ihre Mutter noch?

Ja Nein Wenn ja, wie alt? _____

Bestimmte Krankheiten? _____

Wenn nein, wann ist sie gestorben? _____

An was? _____

Haben Sie Ihre Mutter gepflegt?

Ja Nein Wenn ja, wie lange _____

Beziehung zur Mutter

eng nicht gut schwierig

Wurden Sie von der Mutter gestillt?

Ja Nein wie lange _____

Waren Sie willkommen?

Ja Nein _____

Sind Sie unehelich geboren

Ja Nein _____

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

Lebt ihr Vater noch?

Ja Nein Wenn ja, wie alt? _____

Bestimmte Krankheiten? _____

Seite 13 – HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

Wenn nein, wann ist er gestorben? _____
An was? _____

Haben Sie Ihren Vater gepflegt?
Ja Nein Wenn ja, wie lange _____

Beziehung zum 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 Alkoholikerin hat Sie geschlagen
die Mutter geschlagen Geschwister geschlagen
Waren Sie Lieblingstochter/Lieblingssohn

Leben die Eltern getrennt?
Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____
Sind Geschieden

Sind Sie (zeitweise) bei einem anderen Familienmitglied aufgewachsen?
Ja Nein

Haben Sie Geschwister?
Ja Nein Älter Jünger Wie viele? _____
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? _____

Seite 15 – HOMÖOPATHISCHER PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte senden Sie den Fragebogen an:

Heilpraktiker Peter Macchi
Dorfstraße 20 85276 Göbelsbach

Bei Fragen:
T 08443 91 98 34 oder praxis@macchi.de