

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Mobil: _____
PLZ-Ort: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Familienstand / Kinder: _____
Größe: _____ Gewicht: _____ Raucher: ja / nein

**1. Was sind Ihre momentanen Beschwerden, die Sie zu mir führen?
Was ist Ihr Wunsch an mich?**

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden, was könnte diese ausgelöst haben?

3. Welche Medikamente nehmen Sie z. Z. ein (evtl. gesonderte Liste mitbringen):

4. Haben Sie Schmerzen?

Wo: _____

Vor allem, wann: _____

Wie: ziehend / bohrend / brennend / stechend / klopfend / drückend / reißend / Kolik artig /
krampfend / punktförmig / oder: _____

Was lindert die Schmerzen: _____

5. Ihre Vorerkrankungen, Kinderkrankheiten, Operationen, Verletzungen, Allergien:

6. Hatten Sie schon solche Probleme? – Bitte unterstreichen Sie, welche auf Sie zutreffen:

Atemwege: Asthma / Bronchitis / Husten / Lungenentzündung / Atemlosigkeit

Herz-Kreislauf-System: Herzklopfen / Herzrasen / Schwindel / hoher Blutdruck /
niedriger Blutdruck / Druckgefühl in der Brust

Magen-Darm-Trakt: Verstopfung / Durchfall / kein Appetit / Magenkrämpfe / Verdauungs-
störung / Sodbrennen / Blähungen / Aufstoßen / Hämorrhoiden

Niere/Blase: Nierensteine / Nierenbeckenentzündung / Blasenentzündung

Haut: Ekzem / Akne / Hautausschlag / Dermatitis / Pilzinfektion / Warzen / Psoriasis

Hormone: Schilddrüsenprobleme / Diabetes

Männer: Prostataprobleme

Frauen: Menstruationsprobleme / Krämpfe: starke / schwache / verkürzte / verlängerte /
unregelmäßige Periode / Menopause / Myome

Bewegungsapparat: Osteoporose / Bandscheibenprobleme / Ischias / Rheuma / Arthrose /
Arthritis / Schulter-Arm-Probleme / Knieprobleme

langwierige Kopfschmerzen: Migräne / Druckkopfschmerz : Stirn / Hinterkopf / Schläfen /
Augen / andere: _____

7. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt:

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister: _____

8. Wie gut können Sie mit Stress umgehen und wie wirkt er sich bei Ihnen aus:

9. Wie sieht Ihr Alltag aus?

Mittagessen: Zuhause / in der Kantine / was Schnelles vom Imbiss / am Schreibtisch

Treiben Sie regelmäßig Sport: ja / nein / Fitness-Studio / Verein / eher selten / nur im Urlaub

Schlaf: wie viele Stunden? _____ Schlaflosigkeit / häufiges Erwachen (Uhrzeit) _____
Einschlafstörung / Alpträume / Zähneknirschen / Nachtschweiß / Schnarchen

Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel, wenn ja welche: _____

Haben Sie Erfahrung im Umgang mit Homöopathie: ja / nein

Ich danke Ihnen ganz herzlich dafür, dass Sie sich die Zeit genommen für diesen Fragebogen
genommen haben. Ihre Antworten helfen mir, Sie besser kennenzulernen.

Falls Sie aktuelle Laborbefunde, Beipackzettel Ihrer Medikamente oder andere Untersuchungsberichte
haben, können Sie auch diese gern zu unserem Treffen mitbringen.

Ich freue mich auf Sie

Ihre **Ingrid Petit**