

**Reinhard Gräfe**  
Heilpraktiker  
Eichstetter Straße 19  
D-79232 March  
Telefon 07665-8088671 / Fax 0761-7660754  
Email: reinhard@graefe-homoeopathie-freiburg.de

### **Anamnesebogen**

Die folgenden Angaben erleichtern die im ersten Heilungsschritt notwendigen homöopathisch-miasmatischen Mittel zu finden und die Ursache Ihrer Krankheit besser zu verstehen. Ich bitte Sie daher, alles anzukreuzen, was zutrifft. Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen.

Name: .....

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

Telefon:..... FAX .....

e-mail: .....

Geburtsdatum:.....

Beruf: .....

Krankenversicherung: .....

1. Welche Beschwerden bringen Sie zu mir, seit wann bestehen diese, was haben Sie bisher dagegen getan? (Antibiotika, Cortison, Tee, Komplexmittel etc.)

Wodurch ausgelöst? (Trauma, Schock, Ärger , Erregung, nasse Füße, Zugluft, Unterdrückung, Impfung etc.)

Wo sind die Beschwerden oder Empfindungen?

Wie sind die Beschwerden oder Empfindungen? (brennend, stechend, etc.)

Was bessert/verschlechtert? (Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, etc.)

Wann treten die Beschwerden auf?

Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch verändert? (Appetit, Psyche, Schlaf, etc..)

2. Haben Sie weitere Beschwerden? Empfindungen dabei? Wann und wodurch wird es besser oder schlechter?.....

.....

3. Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen? .....Versuchen Sie sich daran zu erinnern, was 1 bis 2 Jahre davor Gravierendes in Ihrem Leben passiert ist

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

### **Zu Ihrer Vorgeschichte:**

4. Eigene frühere Erkrankungen (Art, wann, welche Behandlung, Operationen etc.)  
Treten frühere Erkrankungen immer wieder auf?

5. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? wogegen, seit wann, wie viel, Name  
Haben Sie früher oft Medikamente genommen?

Nehmen Sie orale/subkutane Kontrazeptiva („Anti-Baby-Pille“, Drei-Monatsspritze o.ä.) ein? Spirale?

6. Haben Sie Zähne mit Amalgamfüllungen? Wie viel?  
Haben Sie Zahnkronen in unterschiedlichen Gold-Legierungen?  
Haben Sie tote (wurzelbehandelte) Zähne im Mund?
7. Essen Sie kalorienreduzierte Nahrungsmittel (sog. Light-Produkte)?  
Essen Sie Zuckerersatzstoffe?
8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wann war die letzte Impfung?
9. Sind Sie in ärztlicher Behandlung? .....
10. Hatten Sie schon mal eine Blasenentzündung? Öfter gar nicht einmal ?
11. Hatten Sie schon mal Gelenkschmerzen? Ja Wenn ja, welches Gelenk?.....
12. Hatten Sie schon mal eine Augenentzündung? Ja Nein
13. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Hatten Sie Windpocken Mumps Diphtherie  
Scharlach Röteln
14. Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen, Kopfgrind (Milchschorf), schorfige Ekzeme?
15. Hatten Sie Geschwüre Furunkel Fisteln Abszesse ? Wo am Körper?
16. Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben: Gallenprobleme , Depressionen Kopfschmerzen  
einseitig beidseitig Haarausfall Zahnprobleme Herzprobleme Schilddrüsenprobleme  
Knochenbruch Venenstaus/Krampfadern Ausfluss weiß gelb grünlich braun nach  
Fischriechend Harnstrahl geteilt Harnstrahl gedreht Unfälle Vergesslichkeit mystische  
Erfahrungen Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz Allergien Hautprobleme Welche?  
.....
17. Schwitzen Sie leicht? Ja Nein Benutzen Sie ein konventionelles Deo? Ja Nein
18. Fiebern Sie leicht? Ja Nein gar nicht
19. Haben Sie Antibiotika eingenommen? Oft selten nie
20. Hatten sie fiebersenkende Mittel genommen? Oft selten nie
21. Wurden Ekzeme oder Pickel mit chemischen Mitteln behandelt? Oft selten nie
22. Haben Sie Kopfschmerzmittel genommen? Oft eher selten nie
23. Haben Sie Antidepressiva oder andere Psychopharmaka eingenommen? Oft selten nie
24. Haben Sie gegen eine Pilzkrankung (Fußpilz/Nagelpilz) chemische Mittel eingesetzt? Oft selten  
nie

25. Welche Operationen haben Sie gehabt? .....
26. Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben? Ja    Nein
27. Haben Sie mal Ihre Arbeitsstelle verloren? Ja    , wann .....
28. Hatten Sie mal Existenzängste? Ja    Nein
29. Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt? Ja    Nein
30. Ist Ihnen mal ein jüngerer Kollege „vor die Nase“ gesetzt worden?
31. Sind Sie frühzeitig gekündigt worden?    Sind Sie im Ruhestand?
32. Hat man Ihnen gesagt, Sie seien allmählich zu alt für Ihren Beruf?
33. Hatten Sie mal das Gefühl keine Perspektive im Leben zu haben?
34. Hatten Sie mal ein Erlebnis mit Todesangst?    Hatten Sie ein Nahtoderlebnis?
35. War Ihr Geruchssinn mal gestört?    War Ihr Geschmackssinn mal gestört?
36. Hören Sie schlecht?    links?    rechts?    beidseitig?
37. Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl    auf der Haut    in den Fingern    in den Beinen    in den Füßen    sonst wo .....
38. Leben Sie eine Beziehung (Mann-Frau    , Mann-Mann    , Frau-Frau) ? Erfüllt    , unerfüllt    , problematisch    ?
39. Hat man Ihnen mal den Mann/die Frau ausgespannt?    Haben Sie Schuldgefühle?
40. Leben Sie lieber alleine?    Haben Sie Beziehungsprobleme / gehabt?

**Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:**

41. Mutter lebt    hat Krankheit(en) ..... Mutter wann gestorben..... an was.....
42. Haben Sie die Mutter gepflegt? Ja    Nein
43. Beziehung zur Mutter eng    nicht gut    schwierig
44. Wurden Sie von der Mutter gestillt? Ja    Nein
45. Waren Sie willkommen? Ja    Nein    Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein?    Sind Sie unehelich geboren?
46. Wie war die Geburt? Normal    schwierig    Kaiserschnitt    Sturzgeburt    Steißgeburt    Hausgeburt im Kreißsaal    im Flüchtlingslager
47. Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? Ja    oft    Nein
48. War/ist Ihre Mutter sensibel    künstlerisch    introvertiert    schwach    War beruflich tätig    selten zuhause    cholerisch    ungerecht    laut    dominant    hat den Vater klein gemacht    Alkoholikerin
49. Hat Sie geschlagen    den Vater geschlagen    Geschwister geschlagen

50. Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn?
51. Vater lebt hat Krankheit(en).....
52. Vater wann gestorben ..... an was.....
53. Haben Sie den Vater gepflegt? Ja wie lange.....Nein
54. Beziehung zum Vater eng nicht gut schwierig
55. Die Eltern leben getrennt sind geschieden
56. War Ihr Vater sensibel künstlerisch introvertiert schwach selten zuhause cholertisch ungerecht laut Alkoholiker
57. Hat er Sie geschlagen Ihre Mutter geschlagen Geschwister geschlagen
58. Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter
59. Krankheiten Ihrer Geschwister .....
60. Krankheiten der Oma mütterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....
61. Krankheiten des Opas mütterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....
62. Krankheiten der Oma väterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....
63. Krankheiten des Opas väterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....
64. Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?.....  
Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt? .....
65. Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse: Tuberkulose Tripper Syphilis  
Malaria eine Tropenkrankheit Wurmerkrankung Schuppenflechte Diabetes  
Drogenkonsum Rheuma Alkoholismus psychiatrische Krankheiten Selbstmord Mord  
Missbrauch
66. Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte Muster erkannt? Verhaltensmuster oder Häufung von  
Geschehnissen z.B. Unfälle, früher Tod o.ä.? Ist Ihnen selbst was aufgefallen?

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen rechtzeitig an meine Adresse oder email (reinhard@graefe-homoeopathie-freiburg.de), damit ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann.