

HOMÖOPATHIE PRAXIS

Kissling Georg
 Hauptstrasse 55
 4450 Sissach

Tel 061 991 91 69

www.erfahrungsheilkunde.ch

ANMELDUNG

Bitte Antworten zu fettgedruckten Fragen angeben.

Datum: _____

Anrede: _____ Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** _____

gesetzlicher Vertreter bei Kindern: _____

AHV Nr.: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Telefon mobil: _____

Email Privat: _____

Email Geschäft: _____

Webseite: _____

Zivilstand: _____

Nationalität/Heimatland: _____

Muttersprache: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Funktion: _____

Abteilung: _____

Konfession: _____

Krankenkasse/Garant:**STAMMDATEN**

Krankenversicherung Mitglieder Nr: _____

Krankenkasse Komplementärmedizin VVG: _____

Krankenkasse Grundversicherung KVG: _____

Krankenkasse Unfallversicherung UVG: _____

Kostengutsprache vorhanden **ja/nein:** _____ Datum: _____

IV Bezüger Nummer: _____ Konditionen: _____

Grösse: _____

Gewicht: _____

Blutgruppe: _____

Hausarzt: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____ EAN: _____

Telefon: _____ ZSR: _____

Facharzt: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____ EAN: _____

Telefon: _____ ZSR: _____

Behandlungsgrund: _____

Hauptbeschwerden: _____

Wunden: _____

Geburtsgebrechen: _____

bestehende Gebrechen: _____

korrigierte Missbildungen: _____

HOMÖOPATHIE PRAXIS

Kissling Georg
 Hauptstrasse 55
 4450 Sissach

Tel 061 991 91 69

www.erfahrungsheilkunde.ch

Datum:

ANAMNESE

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Chronische Krankheiten:

Allergien:
 Asthma:
 Diabetes:
 Rheumatismus/Gicht:
 Schilddrüse/Drüsen:
 Nieren/Blase:
 Lungen/Herz:
 Leber/Galle/Milz/Darm/Pankreas:
 Augen/Ohren/Nase/Hals:
 Krebs/Tumoren:
 Schlaf:
 Nerven:
 Rücken:
 Schmerzen:
 Autoimmune:
 Menstruation:
 Blutkrankheiten:
 Psychische:
 andere:

Infektionskrankheiten:

Tropenkrankheiten:
 Epstein-Barr/Pfeiffer:
 Toxoplasmose:
 Tuberkulose:
 Borreliose:
 Gonorrhoe:
 Hepatitis:
 Malaria:
 Diphtherie:
 FSME/HIB:
 Lues/HIV:
 Pilze:
 Fieber:
 andere:

Kinderkrankheiten:

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten:
 Poliomyelitis, Pseudokrapp:
 Windpocken:
 andere:

SPONTANBERICHT**Suchtmittel:**

Nikotin:
 Alkohol:
 Drogen:
 andere:

Zahnstatus:

Karies/Parodontitis:
 Amalgam/Kunststoff:
 Wurzelbehandlungen:
 Zahnspangen/Retainer:
 Implantate/Material:

Operationen:

was/warum:

wann:

Medikamente:

ärztlich verordnet:

seit:

Dosierung:

Antikonception/Pille:

Selbstmedikation:

Impfstatus:

Kinderkrankheiten:
 Masern/Mumps/Röteln/Polio:
 Grippe, Pneumokokken:
 Tetanus/Typhus/Malaria:
 Tuberkulose/Pocken:
 Tropenkrankheiten:
 FSME/HIB/HPV:
 Hepatitis:
 andere:

Schwangerschaft:

ja/nein/geplant:
 Abort:

Soziale Situation:

Familie/Partner:
 Kinder:
 Eltern:
 Geschwister:
 Freunde:
 Beziehungsnetz:

HOMÖOPATHIE PRAXIS

Kissling Georg
 Hauptstrasse 55
 4450 Sissach

Tel 061 991 91 69

www.erfahrungsheilkunde.ch

Datum: _____

ANAMNESE

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nervensystem/Psyche:

Entwicklung/Wachstum/Motorik:
 Gemüt/Angst/Depression/Trauma:
 Kopfschmerzen/Schwindel/Tremor:
 Sensibilität/Lähmungen/Epilepsie:
 Schlaf/Schnarchen/Apnoe/OSAS:
 Sehen/Hören/Riechen/Geschmack:
 Demenz/Delir/Stupor/Koma:
 Gedächtnis:

Bewegungsapparat:

Gelenkschmerzen/Rückenschmerzen:
 Bewegungseinschränkung/Rheumatismus:
 Schmerzen:
 Gicht:

Verdauung:

Appetit/Gewicht:
 Aufstossen/Erbrechen/Durst:
 Magenbeschwerden/Blähungen:
 Verstopfung/Durchfall/Stuhlgang:
 Hämorrhoiden/Darm/Schmerzen:
 Koliken/Krämpfe:
 Diät:

Mund/Zunge/Hals/Speiseröhre:

Shleimhaut/Trockenheit/Speichelfluss:
 Aften/Plaques/Zunge/Zahnfleisch:
 Tonsillen/Rachenmandeln/Kehlkopf:

Nieren/Blase/Genitalien:

Nieren-/Blasenentzündungen:
 Beschwerden beim Urinieren:
 Nächtliches Urinieren/Inkontinenz:
 Schwellungen/Ödeme:
 Prostata/Hoden/Penis/Vagina:
 Schwangerschaften/Geburten:
 Menstruation/Menopause:
 Gebärmutter/Ovar/Brustdrüsen:
 Sexualität/Libido/Potenz:

Allergien/Unverträglichkeiten:**STATUS****Allgemeine Symptome:**

Energie/Schwäche/Antrieb:
 Schläfrigkeit/Fieber/Schweiss:
 Gemüt/Kummer/Sorgen:
 Hoffnungen/Wünsche:
 Träume:

Modalitäten:

Zeiten:
 Periodizitäten:
 Wärme/Kälte:
 Jahreszeiten/Wetter:

Symptome:

Appetit/Durst/Trinkmenge:
 Diabetes/Cholesterin/Ödeme:
 Herz-/Kreislauf/Blutdruck/Puls:
 Herzklopfen/Brustschmerzen:
 Schwindel/Atemnot/Ohnmacht:
 Herzklopfen/Atemnot/Schluckstörungen:
 Speisen/Verlangen/Abneigung:
 Venenerkrankungen/Embolien:

Infektionen/Erkältungen/Widerstand:

Immunsystem:

Nase/Schnupfen/Bluten/Niesen:

Nasennebenhöhlen:
 Hauterscheinungen:
 Warzen/Fissuren/Naevus:
 Husten/Auswurf:

Bemerkungen/Diverses:**Stigmata:****Beilagen:**

Impfausweis:
 Bericht:
 Befund:
 Bilder:
 Labor:

Termine:

Untersuchung:
 Operation:
 Arzt:
 Labor:
 Geburt: