

**HOMÖOPATHIE PRAXIS**

Kissling Georg  
 Hauptstrasse 55  
 4450 Sissach

Tel 061 991 91 69

[www.erfahrungsheilkunde.ch](http://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](http://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:**

seit:

Dosierung:

ärztlich verordnet:

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](http://www.erfahrungsheilkunde.ch)

Datum: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE****STATUS**

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:****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:**

Impfweis:  
 Bericht:  
 Befund:  
 Bilder:  
 Labor:

**Termine:**

Untersuchung:  
 Operation:  
 Arzt:  
 Labor:  
 Geburt:

Name:

Vorname:

Geb. Dat.:

Weitere: Grosstanten, Grossonkel,...

Weitere: Grossonkel, Grosstanten,...

♀♀♀

♀♀♂

♀♂♀

♀♂♂

♂♀♀

♂♀♂

♂♂♀

♂♂♂

♀♀ Mutter's Mutter Grossmutter

♀♂ Mutter's Vater Grossvater

♂♀ Vater's Mutter Grossmutter

♂♀ Vater's Vater Grossvater

♀ Tanten

♂ Onkel

♂ Onkel

♀ Tanten

♀ Mutter

♂ Vater

♀ Schwestern

♂ Brüder