



PRIVATPRAXIS

Dr. König & Kollegen

BADEN-BADEN · KARLSRUHE

Homöopathischer Patientenfragebogen bei Erstuntersuchung

PATIENTEN-NR.

Name, Vorname: _____

(wird von der Praxis ausgefüllt)

Beruf: _____ Arbeitsstunden pro Woche: _____

Familiärer Hintergrund – Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:

Ledig seit _____ Geschieden seit _____ In Trennung Lebend seit _____ Kinder: _____
Verheiratet seit _____ Getrennt seit _____ Verwitwet seit _____

Beschwerdebild

Welche Beschwerden haben Sie?

Wohin strahlen die Beschwerden aus (z.B. in Arme, Beine oder welche Organe)?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Bestehen die Beschwerden ständig oder treten sie in Abständen auf (Tag, Nacht, Arbeit, Ruhe u.ä.)?

Empfinden Sie die Beschwerden als Schmerzen oder körperliche Störung?

Welche Qualität hat dieser Schmerz (dumpf, stechend, u.ä.)?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden (Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, u.ä.)?

Was verbessert Ihre Beschwerden (Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, u.ä.)?

Lebensumstände

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (besondere Lebensumstände, andere Erkrankungen, u.ä.)?

Hatten Sie beim ersten Auftreten der Beschwerden besondere Belastungen (z.B. Stress / Kummer)?

Andere Beschwerden

Bestehen noch andere Beschwerden, die nicht mit der Hauptbeschwerde in direktem Zusammenhang stehen?

Treten die Beschwerden mit der Hauptbeschwerde auf?

Privatpraxis Dr. König & Kollegen

Adresse Ludwig-Wilhelm-Platz 4
76530 Baden-Baden
Germany

Kaiserallee 36
76185 Karlsruhe
Germany

Seite 1/2

Kontakt FON +49 7221 97371-0
FAX +49 7221 97371-22
MAIL info-bb@drkoenig.com

FON +49 721 627677-0
FAX +49 721 627677-24
MAIL info-ka@drkoenig.com

www.drkoenig.com



PRIVATPRAXIS

Dr. König & Kollegen

BADEN-BADEN · KARLSRUHE

Körpersymptome

- Schwitzen Sie häufig? Ja Nein
Wenn ja, wie ist der Schweiß? kalt warm
Frieren Sie leicht? Ja Nein
Sind Sie wetterfällig? Ja Nein
Welches Klima bevorzugen Sie? Meer Gebirge
Sind Sie lieber im: Zimmer Freien

Schlaf- und Stimmungslage

- Haben Sie Einschlafstörungen? Ja Nein
Haben Sie Durchschlafstörungen? Ja Nein
Träumen Sie häufig? Ja Nein
Schwanken Ihre Stimmungslagen? Ja Nein
Sind Sie eher fröhlich gestimmt? Ja Nein

Appetit, Durst, Verdauung

- Was essen Sie besonders gern (Süßes, Saures, kalt oder warm)? _____
Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen? _____
Haben Sie gegen bestimmte Lebensmittel eine Abneigung? _____
Haben Sie häufig Heißhunger auf bestimmte Lebensmittel? _____
Haben Sie oft Durst? _____
Trinken Sie eher viel oder wenig Flüssigkeit? _____
Trinken Sie lieber warme oder kalte Getränke? _____
Wie häufig ist Ihr Stuhlgang? _____
Haben Sie eher Verstopfung oder Durchfall? _____

Haut, Haare, Nägel

- Haben Sie trockene oder feuchte Haut? _____
Haben Sie Hautausschläge? _____
Haben Sie Warzen oder ähnliche Hautauswüchse? _____
Haben Sie häufig Juckreiz? _____
Haben Sie Probleme mit den Nägeln? _____
Haben Sie trockene oder fettige Haare? _____

Sonstiges (z.B. Operationen, Kinderkrankheiten, Verletzungen, etc.):

Leben Ihre Eltern noch? _____ Wenn nein, in welchem Lebensalter sind diese gestorben? Vater: _____ Mutter: _____

Bitte geben Sie an, soweit möglich, woran Ihr(e) Vater / Mutter gestorben sind:

Vater: _____ Mutter: _____

Haben Sie Geschwister? _____ Sind diese erkrankt, wenn ja, an was? _____

Privatpraxis Dr. König & Kollegen

Adresse Ludwig-Wilhelm-Platz 4
76530 Baden-Baden
Germany

Kaiserallee 36
76185 Karlsruhe
Germany

Seite 2/2

Kontakt FON +49 7221 97371-0
FAX +49 7221 97371-22
MAIL info-bb@drkoenig.com

FON +49 721 627677-0
FAX +49 721 627677-24
MAIL info-ka@drkoenig.com

www.drkoenig.com