

Praxis für klassische
Homöopathie
Petra Albrecht-Bickel

Datum:

Ort:

Fragebogen für die homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Anschrift/Tel.:

Gewicht/Größe:

Geschwisterreihe/-anzahl:

Mutter/Vater:

Erstkonsultation am:

Familie/Familienanamnese

Bitte Angaben über alle Erkrankungen und Operationen (vor allem aber auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen, auch Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Sucht und Geisteskrankheiten).

Darüber hinaus sind eiternde und/oder zugewachsene Ohringlöcher, eingewachsene Zehennägel, nächtlicher Schweiß, Impffolgen, nicht angegangene Impfungen und ähnliches von Interesse.

Bitte so genau wie möglich nachforschen!

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Urgroßeltern etc.:

Krankengeschichte Ihres Kindes

Kurzfassung chronologisch

Impfungen

Bitte mit genauer Datumangabe

