



Miasmatische Homöopathie
Jeannette Desebrock

Seelandpraxis
Hintere Gasse 25, 3210 Kerzers
Tel. 031 756 02 18
Mobile 079 450 63 78 (Notfall)
info@seeland-praxis.ch
www.seeland-praxis.ch
www.skype-homöopathie.ch

FAMILIENANAMNESE

Bei einer homöopathischen Fallaufnahme (Anamnese) ist es wichtig, ein möglichst klares und vollständiges Gesamtbild des Patienten zu erhalten. Dazu gehört die ganze Krankheitsgeschichte des Patienten und auch die seiner näheren Blutsverwandten.

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. Danke!

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Blutgruppe: _____

An welchem organischen Ort hat sich Ihre Krankheit manifestiert?

Wie lautet die klinische Diagnose? _____

Was sind in Stichpunkten Ihre Beschwerden? _____

Versuchen Sie sich zu erinnern, was 1-2 Jahre Gravierendes davor in Ihrem Leben passiert ist.

Zu Ihrer Vorgeschichte:

Hatten Sie einmal eine Blasenentzündung? Ja oft einmal Nein

Hatten Sie Windpocken Mumps Diphtherie Scharlach Röteln

Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen Kopfgrind schorfige Ekzeme

Hatten Sie Geschwüre Furunkeln Fisteln Abszesse

Wo am Körper? _____

Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben: Gallenprobleme Depressionen Gelenkprobleme
Kopfschmerzen einseitig beidseitig Haarausfall Zahnprobleme Herzprobleme
Schilddrüsenprobleme Knochenbruch Venenstaus/Krampfaderen Ausfluss weiss gelb
grünlich braun nach Fisch riechend Harnstrahl geteilt Harnstrahl gedreht Unfälle
Vergesslichkeit mystische Erfahrungen Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz
Allergien Hautprobleme

Welche? _____

Schwitzen Sie leicht? Ja Nein Benutzen Sie ein Deo Ja Nein

Fiebern Sie leicht Ja Nein Gar nicht

Haben Sie Antibiotika eingenommen? Oft Manchmal Selten

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? Oft selten

Haben Sie Ekzeme, Pickel mit chemischen Mitteln behandelt? Ja Nein

Haben Sie oft Kopfschmerzmittel eingenommen? Oft eher selten

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen? Häufig selten Nie

Haben/hatten Sie Fusspilz/Nagelpilz chemische Mittel dagegen eingesetzt

Sind Sie oft geimpft worden? Als Kind als Erwachsener

Welche Impfungen hatten Sie? _____

Wann war die letzte Impfung? _____

Welche Operationen haben Sie wann gehabt? _____

Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben? _____

Haben Sie eine Arbeitsstelle verloren? Wann _____

Haben Sie einmal Existenzängste gehabt? Wann _____

Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt? Wann _____

Ist Ihnen mal einen jüngeren Kollegen „vor die Nase“ gesetzt worden? _____

Sind Sie frühzeitig gekündigt worden? Ja Sind Sie im Ruhestand/pensioniert

Hat man Ihnen mal gesagt, Sie seien allmählich zu alt für ihren Beruf? Ja

Hatten Sie mal das Gefühl, überflüssig zu sein? Ja

Hatten Sie mal das Gefühl, keine Perspektive mehr im Leben zu haben? Ja

Hatten Sie mal das Gefühl „gegen Windmühlen“ zu kämpfen? Ja

Hatten Sie ein Erlebnis mit Todesangst? Ja Hatten Sie ein Nahtoderlebnis? Ja

War Ihr Geruchsinn mal gestört? Ja War Ihr Geschmackssinn mal gestört? Ja

Hören Sie schlecht? links rechts beidseitig
Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl auf der Haut in den Fingern in den Beinen
In den Füßen sonst wo? _____

Leben Sie eine Beziehung Mann-Frau erfüllt unerfüllt problematisch
Leben Sie lieber alleine Haben Sie Beziehungsprobleme/gehabt? Ja
Leben Sie eine Beziehung Mann-Mann Frau-Frau
Hat man Ihnen einmal den Mann/die Frau ausgespannt? Ja Haben Sie Schuldgefühle? Ja

Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:

Mutter lebt hat Krankheit(en) _____

Mutter wann gestorben _____ An was _____

Haben Sie Mutter gepflegt? Ja wie lange? _____ Nein
Beziehung zur Mutter eng nicht gut schwierig
Wurden Sie von Mutter gestillt Ja Nein
Waren Sie willkommen? Ja Nein Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein?
Sind sie unehelich geboren? Ja
Wie war die Geburt? Normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steissgeburt
Hausgeburt im Kreissaal im Flüchtlingslager

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? Ja oft Nein
War/ist Ihre Mutter sensibel künstlerisch introvertiert schwach
War beruflich tätig selten zuhause cholerisch ungerecht laut
Dominant hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin
Hat Sie geschlagen den Vater geschlagen Geschwister geschlagen
Waren Sie die Lieblingstochter der Lieblingssohn? Ja Nein

Vater lebt hat Krankheit(en): _____

Vater wann gestorben? _____ An was _____

Haben Sie Vater gepflegt? Ja wie lange? _____ Nein

Beziehung zu Vater eng nicht gut schwierig
Die Eltern leben getrennt sind geschieden

War/Ist Ihr Vater sensibel künstlerisch introvertiert schwach
Selten zuhause cholerisch ungerecht laut Alkoholiker
Hat er Sie geschlagen Ihre Mutter geschlagen Geschwister geschlagen
Waren Sie Lieblingssohn/seine Lieblingstochter

Krankheiten Ihrer Geschwister:

Krankheiten der Grosselterngeneration

Grossmutter mütterlicherseits Krankheit(en) _____
Gestorben an _____ wann _____

Grossvater mütterlicherseits Krankheit(en) _____
Gestorben an _____ wann _____

Grossmutter väterlicherseits Krankheit(en) _____
Gestorben an _____ wann _____

Grossvater väterlicherseits Krankheit(en) _____
Gestorben an _____ wann _____

Welche Krankheiten/Unfälle sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?

Welche Krankheiten/Unfälle sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt?

Hat jemand in der Familie folgende Krankheiten / Erlebnisse:

- Tuberkulose Tripper Syphilis Malaria eine Tropenkrankheit Krebs
Wurmerkrankung Schuppenflechte Diabetes Drogenkonsum Rheuma
Autoimmunerkrankung Alkoholismus Multiple Sklerose Borreliose Kindstod
Totgeburt Fehlgeburt Demenz Gewalttätigkeit Selbstmord Mord
Missbrauch Blutungsneigung psychische Krankheiten Hautprobleme/Allergien
Asthma Zwillingsgeburten Geburts- und Erbschäden Missbildungen
Schlaganfall Herzerkrankungen Blutdruckbeschwerden Anämien

Sonstiges?

Ort, Datum

Unterschrift