HOMØOPATI SPØRGESKEMA – TOTAL CARE

NAVN:

ADRESSE:

ALDER/FØDSELSDATO:

ÆGTESKABSSTATUS:

BØRN & BØRNEBØRN:

.....

Angiv venligst grunden til at du ønsker homøopatisk behandling & hvad din forventninger er til behandlingen?

Hvad skete der inden du blev syg?

Hvilke symptomer har du fysisk? Hvor er dine symptomer på kroppen?

Hvornår startede de? Beskriv hvad der gør dem værre? Bedre?

Hvilke symptomer har du psykisk i relation til din sygdom? Hvornår startede de? Hvordan begrænser disse dig din dagligdag?

Årsagen til din sygdom? Hvad tror du stopper eller blokerer dig din sundhed & velvære?

NUVÆRENDE & TIDLIGERE INDTAGELSE AF MEDICIN (MEDBRING MEDICIN TIL KONSULTATION)

Angiv venligst medicin & dosering som din læge har ordineret dig tidligere & som du indtager p.t.: p-piller, blodtrykspiller, hormon - anti-depressiv eller sovemedicin, allergi medicin m.m.

Angiv venligst vitaminpiller, mineraler, eller anden alternative medicin som du indtager p.t.:

Har du tidligere fået homøopatisk behandling? Hvilken midler har du fået? Til hvad, hvilken potens og hvor ofte?

Modtager du anden form for alternative behandling? For hvad? Hvor ofte?

Problemer & reaktioner på vaccinationer? Børne vaccination eller rejse vaccinationer?

Angiv venligst allergier eller intolerance som du har? Hvornår startede de?

.....

GENERALE ASPEKTER

Beskriv kort din livsstil – arbejde, hobby, interesser?

Hvad er dit energiniveau fra 1-10 (1 lav/10 højt)? tidspunkter på dagen hvor du har det bedst/værst?

Krops temperatur – fryser du let? Sveder du let? kan du mærke ændringer I vejret og klima?

Søvn problemer & drømme/mareridt?

Kvinders Hormonelle problemer: Uregelmæssigheder i menstruation? Hvis du er i overgangsalderen angiv problemer hvis relevant?

Mad & appetit – Er der mad- eller drikkevarer du ikke kan lide? Har du trang til specifikke mad eller drikke varer? Føler du tørst? Har du meget sult eller slet ingen?

……

FYSISK SCANNING FRA TOP TIL TÅ

Tendens til hovedpine/migræne? Hvor ofte? Hvor sidder smerterne? Hvornår startede de? Årsag?

Har du problemer med dit nervesystem, svimmelhed? Angiv hvornår de startede? Årsag?

Problemer med tænder, kæbe, øre, næse, hals, øjne?

Problemer med bryst, lunger & vejrtrækning?

Mave-tarmproblemer? Problemer med afføring forstoppelse & eller diare?

Nyre - & blære problemer? Tendens til blærebetændelser?

Hår, negle eller hudproblemer: akne, eksem, psoriasis, herpes, vorter?

Andre symptomer som ikke er nævnt?

DIN SYGDOMSHISTORIE

Fysiske symptomer, ulykker, diagnoser og uforklarlige sygdomme, graviditet. Angiv venligst årstal og alder:	Følelsesmæssige, mentale oplevelser som har haft betydning for dig:	Konventionel medicin, operationer vaccinationer, hospitalsophold:
Eks. 1998/ 38 år diagnose diabetes ll *2010 Bilulykke* *Allergi 2015*	 *Angst anfald*	*Diabetes medicin Gliclazid 30 mg* *Diazepam 10 mg* *Antihistamin*

GENETISK SYGDOMSHISTORIE

Alle sygdomme i din familie, både fysiske som psykiske lidelser. Medicin forbrug, forbrug af alkohol og andre afhængighedssubstanser. Angiv årsag & alder ved dødsfald hvis muligt:

DIN MODERS HISTORIE	DIN FADERS HISTORIE
Moder	Fader
Mormor	Farfar
Morfar	Farmor
Andre familiemedlemmer hvis relevant	Andre familiemedlemmer hvis relevant
Søskende	
Børn & Børnebørn	

FØLELSESMÆSSIGE & MENTALE APSEKTER – OPFATTELSE AF DIG SELV

Hvad synes du er unikt omkring dig selv? Hvad er du stolt af at du har opnået?

Hvem/hvad inspirerer dig i livet?

Har du nogen former for angst eller bekymringer? Hvordan reagerer du på disse situationer?

Er der hændelser som stadig påvirker dit liv?

Frygt og fobier? Eks. Højdeskræk, klaustrofobi, m.m.?

Har du hukommelses – eller koncentrations problemer?

Hvilke følelser begrænser dig? Vrede, irritationer, depressive tanker som du ikke kan håndtere? Begrænser jalousi og misundelse dig? Hvordan reagerer du på disse følelser?

Hvor ofte græder du? Føler du stadig at du bærer rundt på sorg?

Problemer i personlige & sociale relationer? Har du brug for at være alene, isolerer du dig?

Angiv venligst stress og andre forhold som gør det svært for dig at helbrede dig selv:

Andre kommentarer, som du synes er relevant at fortælle om? Hvordan føles det at skrive dette dokument? Hvad kunne du godt tænke dig at jeg skal hjælpe dig med? Hvad er det vigtigste at behandle?

TAK FOR DINE SVAR & DIN TID!

Homøopat L.Che Dorte Jensen Mobil 28 26 08 06 E-mail info@resoubo.dk Web www.resoubo.dk