



**OA Mag. Dr. Marco Leonardelli**  
Wahlarzt für Interne Medizin und Allgemeinmedizin  
Fabriksplatz 1a, 2 Stock, Top 5  
2410 Hainburg an der Donau  
Telefon: +43 (0) 650 7141 141  
Email: [ordination@leonardelli.co.at](mailto:ordination@leonardelli.co.at)  
Web: [www.leonardelli.co.at](http://www.leonardelli.co.at)

## Anamnesebogen für Homöopathische Behandlungen

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 an zu kreuzen, was zutrifft. Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen.

---

(Bitte unbedingt leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen!)

Name: .....

Adresse: ..... PLZ Ort: .....

Telefon:..... FAX .....

E-mail: .....

Geburtsdatum:.....

Beruf: .....

Krankenkasse: ..... Sozialversicherungsnummer:.....

---

1. Welche Beschwerden bringen Sie zu mir, seit wann bestehen diese, was haben Sie bisher dagegen getan? (Antibiotika, Cortison, Tee, Komplexmittel etc.)

Wodurch ausgelöst? (Trauma, Schock, Ärger, Erregung, nasse Füße, Zugluft, Unterdrückung, etc.)

Wo sind die Beschwerden oder Empfindungen?

.....

Wie sind die Beschwerden oder Empfindungen? (brennend, stechend, etc.)

.....

Was bessert/verschlechtert? (Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, etc.)

.....

Wann treten die Beschwerden auf?

Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch verändert? (Appetit, Psyche, Schlaf, etc..)

2. Haben Sie weitere Beschwerden? Empfindungen dabei? Wann und wodurch wird es besser oder schlechter?

.....

.....

.....

3. Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen? .....  
Versuchen Sie sich daran zu erinnern, was 1 bis 2 Jahre davor Gravierendes in Ihrem Leben passiert ist

.....  
.....  
.....  
.....

**Zu Ihrer Vorgeschichte:**

4. Eigene frühere Erkrankungen (Art, wann, welche Behandlung, Operationen etc.)  
Treten frühere Erkrankungen immer wieder auf? .....

.....  
.....

5. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? wogegen, seit wann, wie viel, Name  
.....  
.....

Haben Sie früher oft Medikamente genommen? .....

Nehmen Sie orale/subkutane Kontrazeptiva („Anti-Baby-Pille“, Drei-Monatsspritze o.ä.) ein?  
.....

Spirale? .....

6. Haben Sie Zähne mit Amalgamfüllungen? Wie viele? .....

Haben Sie Zahnkronen in unterschiedlichen Gold-Legierungen? ja nein weiß ich nicht

Haben Sie tote (wurzelbehandelte) Zähne im Mund? ja nein weiß ich nicht

7. Essen Sie kalorienreduzierte Nahrungsmittel (sog. Light-Produkte)? ja nein

Essen Sie Zuckerersatzstoffe? ja nein

8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wann war die letzte Impfung?

.....  
.....  
.....

9. Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt sind Sie in Behandlung:

.....

10. Hatten Sie schon mal eine Blasenentzündung?  
Öfter gar nicht einmal weiß ich nicht

11. Hatten Sie schon mal Gelenkschmerzen? ja nein  
Wenn ja, welches Gelenk?.....

12. Hatten Sie schon mal eine Augenentzündung? ja nein

13. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Windpocken  Mumps  Diphtherie  Scharlach  Röteln.

14. Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen, Kopfgrind (Milchschorf), schorfige Ekzeme?

- ja  nein  weiß ich nicht

15. Hatten Sie Geschwüre

- Furunkel  Fisteln  Abszesse  andere:.....

Wenn ja, wo am Körper? .....

16. Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben:

- Gallenprobleme  Depressionen  Kopfschmerzen einseitig . beidseitig  
 Haarausfall  Zahnprobleme  Herzprobleme  Schilddrüsenprobleme  
 Knochenbruch  Venenstaus/Krampfadern  
 Ausfluss (weiß gelb grünlich braun nach Fischriechend)  
 Harnstrahl geteilt  Harnstrahl gedreht  Unfälle  Vergesslichkeit  
 mystische Erfahrungen  Wutanfälle  Lustlosigkeit  Impotenz  Allergien  
 Hautprobleme

Wenn ja, welche Hautprobleme hatten Sie?

.....

17. Schwitzen Sie leicht?  ja  nein

Benutzen Sie ein konventionelles Deo?  ja  nein

18. Fiebern Sie leicht?  ja  nein  gar nicht

19. Haben Sie Antibiotika eingenommen?  Oft  selten  nie

20. Hatten sie fiebersenkende Mittel genommen?  Oft  selten  nie

21. Wurden Ekzeme oder Pickel mit chemischen Mitteln behandelt?  Oft  selten  nie

22. Haben Sie Kopfschmerzmittel genommen?  Oft  selten  nie

23. Haben Sie Antidepressiva oder andere Psychopharmaka eingenommen?

- Oft  selten  nie

24. Haben Sie gegen eine Pilzerkrankung (Fußpilz/Nagelpilz) chemische Mittel eingesetzt

- Oft  selten  nie

25. Welche Operationen haben Sie gehabt? .....

26. Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben?  ja  nein  weiß ich nicht

27. Haben Sie mal Ihre Arbeitsstelle verloren?  ja  nein

Wenn ja, wann .....

28. Hatten Sie mal Existenzängste?  Ja  Nein
29. Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt?  Ja  Nein
30. Ist Ihnen mal ein jüngerer Kollege „vor die Nase“ gesetzt worden?  Ja  Nein
31. Sind Sie frühzeitig gekündigt worden?  Ja  Nein  
Wenn ja, sind Sie im Ruhestand?  Ja  Nein
32. Hat man Ihnen gesagt, Sie seien allmählich zu alt für Ihren Beruf?  Ja  Nein
33. Hatten Sie mal das Gefühl keine Perspektive im Leben zu haben?  Ja  Nein
34. Hatten Sie mal ein Erlebnis mit Todesangst?  Ja  Nein  Weiß ich nicht  
Wenn ja, hatten Sie ein Nahtoderlebnis?  Ja  Nein  Weiß ich nicht
35. War Ihr Geruch- oder Geschmackssinn einmal gestört?  Ja  Nein  Weiß ich nicht  
Wenn ja, welcher  Geruchssinn  Geschmackssinn  beide
36. Hören Sie schlecht?  Nein  links?  rechts?  beidseitig?
37. Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl?  
 auf der Haut  in den Fingern  in den Beinen  in den Füßen  
 andere Stellen.....?
38. Leben Sie eine Beziehung  Ja  Nein  
Wenn ja,  Mann-Frau  Mann-Mann  Frau-Frau  
 Erfüllt  unerfüllt  problematisch  .....
39. Hat man Ihnen mal den Mann/die Frau ausgespannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, haben Sie Schuldgefühle deswegen?  Ja  Nein
40. Leben Sie lieber alleine?  Ja  Nein  Weiß ich nicht  
Wenn ja, haben Sie Beziehungsprobleme / gehabt?  Ja  Nein

**Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:**

41. Lebt Ihre Mutter noch  Ja  Nein  Weiß ich nicht  
Wenn ja, leidet sie an Krankheit(en)  Ja  Nein  Weiß ich nicht  
Wenn nein, wann ist Ihre Mutter gestorben?  
Wann ..... an was verstorben.....
42. Haben Sie die Mutter gepflegt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie lange? .....
43. Beziehung zur Mutter ist/war  eng  nicht gut  schwierig

44. Wurden Sie von der Mutter gestillt? ja nein weiß ich nicht
45. Waren Sie willkommen? ja nein weiß ich nicht  
Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein? ja nein weiß ich nicht  
Sind Sie unehelich geboren? ja nein weiß ich nicht
46. Wie war die Geburt?  
Normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steißgeburt Hausgeburt  
im Kreißsaal im Flüchtlingslager weiß ich nicht
47. Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? ja nein oft weiß ich nicht
48. Ist/war Ihre Mutter
- sensibel künstlerisch introvertiert schwach War beruflich tätig  
selten zuhause cholerisch ungerecht laut dominant  
hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin
49. Hat Sie geschlagen ja nein den Vater geschlagen die Geschwister geschlagen
50. Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn?  
Einzelkind ja nein weiß ich nicht
51. Lebt Ihr Vater noch ja nein weiß ich nicht  
Wenn ja, leidet er an Krankheit(en) ja nein weiß ich nicht  
Wenn nein, wann ist Ihr Vater gestorben?  
Wann ..... an was verstorben.....
52. Haben Sie den Vater gepflegt? ja nein  
Wenn ja, wie lange? .....
54. Beziehung zum ist/war Vater eng nicht gut schwierig
55. Die Eltern leben getrennt ja nein  
Wenn ja, sind sie geschieden ja nein
56. Ist/war Ihr Vater
- sensibel künstlerisch introvertiert schwach War beruflich tätig  
selten zuhause cholerisch ungerecht laut dominant  
hat die Mutter klein gemacht Alkoholikerin
57. Hat er Sie geschlagen ja nein die Mutter geschlagen die Geschwister geschlagen
58. Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter  
Einzelkind ja nein weiß ich nicht

59. Krankheiten Ihrer Geschwister .....

60. Krankheiten der Oma mütterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....

61. Krankheiten des Opas mütterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....

62. Krankheiten der Oma väterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....

63. Krankheiten des Opas väterlicherseits.....  
Gestorben an..... wann.....

64. Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?.....

65. Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt? .....

66. Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse:

- Tuberkulose Tripper Syphilis Malaria eine Tropenkrankheit
- Wurmerkrankung Schuppenflechte Diabetes Drogenkonsum Rheuma
- Alkoholismus psychiatrische Krankheiten Selbstmord Mord Missbrauch .

67. Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte Muster erkannt? Verhaltensmuster oder Häufung von Geschehnissen z.B. Unfälle, früher Tod o.ä.? Ist Ihnen selbst was aufgefallen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Für Termine die 2malig nicht eingehalten und im Vorhinein nicht rechtzeitig abgesagt werden, behalte ich mir vor, den Betrag von € 30,00 zu verrechnen. Dies deshalb, da ich mir für jeden Patienten einen Termin reserviere um genug Zeit zu haben und Ihre Wartezeiten zu vermeiden. Sollte der 1. Termin nicht eingehalten werden, wird ein weiterer Termin nur nach Hinterlegung einer Kautions von € 40,00 vergeben.

Ich nehme die Regelung hinsichtlich der Terminabsage ausdrücklich zur Kenntnis.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen rechtzeitig an meine Adresse oder email ( [ordination@leonardelli.co.at](mailto:ordination@leonardelli.co.at) ), damit ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann.