



Ganzheitliche
Augenheilkunde
und
Präventivmedizin

Dr. med. Stefan
Trapp

Facharzt für
Augenheilkunde

Dr. med. Stefan Trapp 53121 Bonn Von-Weichs-Str. 23

Tätigkeitsschwerpunkte

Komplementäre
Augenheilkunde
Ganzheitliche Diagnose-
und Therapieverfahren
Energetische Medizin

Von-Weichs-Str.23
53121 Bonn
Tel.+49 (0) 228 619966-0
Fax:+49(0) 228 619966-1
info@medbonn.com
www.medbonn.com
Bonn, den

Fragebogen zur homöopathischen Erstanamnese

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Beruf _____

Anschrift _____ Telefon _____ Krankenkasse Privat

1. **Überweisender Arzt:** _____

Grund der Überweisung: _____

2. **Früher ausgeübte berufliche Tätigkeiten:** _____

3. **Art der ausgeübten Tätigkeiten:** vorwiegend körperlich/ geistig/ sitzend/ stehend/ ständig in einem Raum/ im Freien

4. **Umgang mit bestimmten Materialien:** _____

5. **Sportliche Betätigung:** nein / gelegentlich / regelmäßig

Sportarten: _____

Seite 1:

Ganzheitliche Medizin und Prävention
Dr. med. Stefan Trapp
Facharzt für Augenheilkunde
Von-Weichs-Str. 23
53121 Bonn
Telefon: 0228 619966-0

Email: info@medbonn.com
Website: www.medbonn.com
Steuer-Nr.: 205/5305/2126

Bankverbindung:
Kreissparkasse Köln
BLZ: 37050299
Konto: 0000434906
BIC: COXSDE 33XXX
IBAN: DE63 370502990000434906

6. Wo bisher in Behandlung gewesen:

Hausarzt / Internist / Orthopäde / Chirurg / Augenarzt / Hals- Nasen- Ohrenarzt / Hautarzt /
 Nervenarzt / Urologe / Kinderarzt / Frauenarzt / Röntgen-Facharzt / Psycho-somatische Behandlung /
 Homöopathische Behandlung / Neuraltherapeut / Akupunktur-Behandlung / Arzt für Naturheilverfahren / Heilpraktiker

7. Klinikaufenthalte wann:

8. Welche Medikamente sind Ihnen jemals über längere Zeit verordnet worden
 (z.B. Penicillin, Sulfonamide, Cortison-Präparate, Herzmittel) ?

wann etwa _____ für wie lange _____

9. Derzeitige Beschwerden (seit wann und welcher Art. Bitte schwerpunktmäßig schildern)

Besserung durch _____ Verschlimmerung durch _____

Falls Sie einen Allergiepass haben, legen Sie diesen bitte vor!

10. Alle Impfungen:

	ja	nein	weiß nicht		ja	nein	weiß nicht
Tuberkulose(BCG)				Röteln			
Kinderlähmung				Grippe			
Diphtherie				Hepatitis A			
Tetanus				Hepatitis B			
Keuchhusten				Zecken (FSME)			
Masern				Haemoph. influenza. b			
Mumps				Pocken			

Sonstige Impfungen: Tollwut, Typhus, Cholera, Pest, Gelbfieber, Pneumokokken, Meningokokken, Scharlach.

Wiederholungsimpfungen: _____ Schluckimpfungen: _____

Sonstige Impfungen (z. B. wegen Auslandsreisen): _____

11. Durchgemachte Erkrankungen:

	ja	nein	weiß nicht		ja	nein	weiß nicht
Masern				Keuchhusten			
Diphtherie				Scharlach			
Kinderlähmung (Polio)				Röteln			
Pocken				Windpocken			
Ziegenpeter (Mumps)				Gelbsucht			
Typhus/ Paratyphus				Fisch- oder Fleischvergiftung			

Grippeerkrankung oft / gelegentlich

Sonstige Infektionskrankheiten: _____

12. Operationen:

	ja	nein	weiß nicht
Mandeln			
Kieferhöhlen			
Stirnhöhle			
Ohr			

	ja	nein	weiß nicht
Blinddarm			
Magen			
Nieren			
Gallenblase			

Sonstige Operationen: _____

Sonstige Narben: _____

Unfälle und deren Folgen: _____

Knochenbrüche: _____

Kriegsverletzungen: _____

13. Erkrankungen in der Familie (gegebenenfalls Todesursache):

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

14. Vegetative Dystonie (Störungen)

	ja	nein	weiß nicht
Subfebrile Temperaturen			
Schwindelzustände			
Leichte Erregbarkeit			
Konzentrationsschwäche			
Gedächtnisschwäche			
Feuchte Hände			
Nachtschweiß			
Wetterfühligkeit			

15. Herz und Kreislauf

	ja	nein	weiß nicht
Blutdruck zu hoch			
Blutdruck zu niedrig			
Blutdruck wechselnd			
Blutdruck normal			
Durchblutungsstörungen			
Venenentzündung			
Krampfadern			
Herzklappenfehler			
Herzmuskelveränderungen			
Herzinfarkte			
Herz-Rhythmusstörungen			

Schlafstörungen beim Einschlafen: _____

Schlafstörungen beim Durchschlafen: _____

vorzeitiges Erwachen etwa gegen _____ Uhr

Sonstige Herzbeschwerden: _____

16. Rheumatische Erkrankungen (die dominierende Schmerzseite angeben)

Chronische Erkrankungen von Muskeln oder Gelenken: _____

Gelenkrheuma: _____ Degenerative Veränderungen: _____

Halswirbelsäule: _____ Schultergürtel: _____

Ellbogen: _____ Handgelenk: _____

Fingergelenke: _____ Brustwirbelsäule: _____

Lendenwirbelsäule: _____ Steißbein: _____

Hüftgelenke: _____ Knie: _____

Sprunggelenke: _____ Zehen: _____

17. Allergische Erkrankungen (alle Arten von Unverträglichkeiten):

	ja	nein	weiß nicht
An der Haut			
Heuschnupfen			
Atemwege (Asthma)			
Magen-Darm			

Was wirkt allergisierend: _____

Sonstige Hauterkrankungen: _____

Haarausfall: _____

18. Erkrankungen seitens Magen – Darm – Leber – Galle:

Übersäuerung: _____ Untersäuerung: _____

Verdauung: _____

Appetit: _____

Stuhlgang regelmäßig/ unregelmäßig/ geformt/ ungeformt-breiig

Verstopfung: _____ Blähungen: _____

Lebererkrankungen: _____

Gallenerkrankungen: _____

Operationen: _____

Beschwerden: _____

Alkoholkonsum: _____

19. Gynäkologische Erkrankungen:

Zyklusstörungen: _____

Erkrankungen der Unterleibsorgane: _____

Sterilität: _____

Geburten normal: _____ operativ _____ Fehlgeburten: _____

Operationen: _____

20. Hormonale Störungen: _____

	ja	nein	weiß nicht
Nebenniere			
Schilddrüse			
Hypophyse			
Bauchspeicheldrüse (Diabetes)			
Ovarien:			
Prostata			
Operationen			

21. Urologische Erkrankungen: _____

Nieren: _____

Blase: _____

Operationen: _____

22. Neurologische Erkrankungen: _____

Nervenstörungen	ja	nein	weiß nicht
sensible			
motorische			

Kopfschmerzen: beidseitig _____

einseitig vorwiegend rechts/ links _____

wie oft _____

wie lange anhaltend _____

Psychische Störungen: _____

23. Lunge: _____

Lungenentzündung: _____

Rippenfellentzündung: _____

Bronchien (Bronchitis): _____

Tuberkulose: _____

Nikotinverbrauch: _____

24. Hals- und Kopferkrankungen: _____

Erkrankungen nach Zahntfernung oder Kieferoperation: _____

Halsentzündungen: keine/ gelegentlich/ oft _____ wann: _____

Mandeloperation: _____ wann: _____

Halsschmerzen seit der Mandelentfernung? _____

Erkrankungen der Kieferhöhlen: rechts/ links/ beidseitig _____

Erkrankungen der Stirnhöhle: _____

Erkrankungen des Ohres (Mittelohr/ Innenohr) _____

Operative Eingriffe am Ohr: _____

Neigung zu Halsschmerzen oder Erkältungskrankheiten: _____

Lymphdrüsenanschwellungen: _____

25. Wie vertragen Sie

Licht, Geräusche, Gerüche, enge Kleider, Zugluft, Bewegung, Sonne, Wind, warmes Zimmer, Wasser?

26. Geistes- und Gemütssymptome:

Ängste (Tiere, Dunkelheit, Alleinsein, Höhenangst, Gewitter, Menschenmenge, enge Räume), Willenskraft, Selbstvertrauen, Gedächtnis, Stimmung, größter Kummer

27. Sonstiges:

Kopf (Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Ohnmacht, Kiefergelenk Beschwerden)

Augen (Sehen, Tränenfluss, Entzündungen, Reizungen)

Ohren (Hören, Entzündungen, Ausfluss)

Nase (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten)

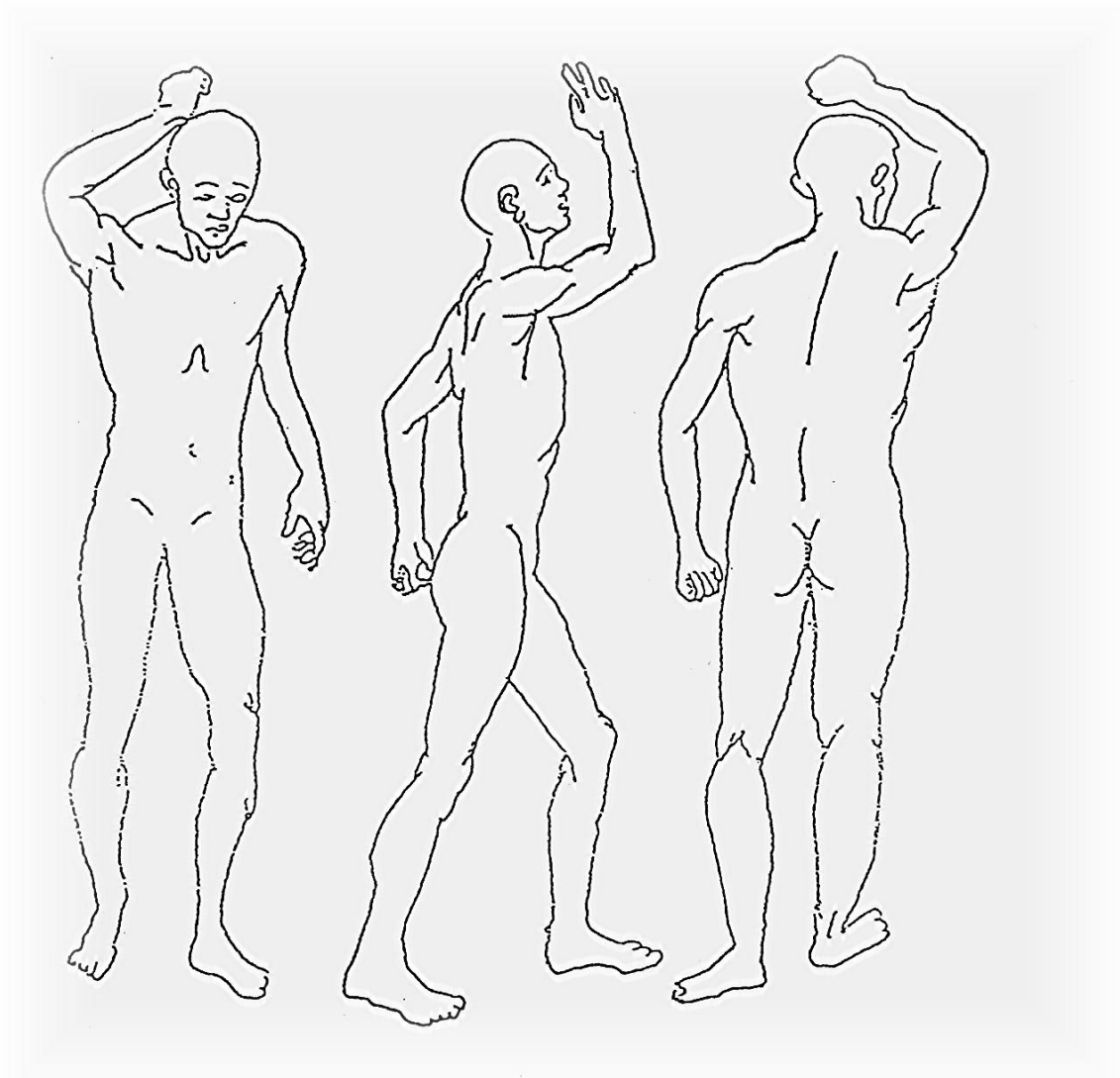
Mund (Geschmackssinn, Gefühl, Zungen Belag, Aphten, Metallgeschmack)

- Amalgam Füllungen_____
- Kunststoff Füllungen_____
- Keramik Inlays _____ geklebt?_____
- Zirkon Kronen _____ geklebt?

- Festsitzender Zahnersatz_____ Metall_____ Kunststoff_____
- Herausnehmbarer Zahnersatz_____ Metall_____ Kunststoff_____ Kombi
- Wurzelbehandelte Zähne

28. Bitte folgende Zonen markieren, beschreiben und datieren

- Operationen
- Unfall
- Verletzung
- Narben (auch kleine!)
- Impfungen
- Druckschmerzen



Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____