

Zeitchronologie Ihrer Erkrankungen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte unterstreichen Sie diejenigen Erkrankungen und Auffälligkeiten, die Sie schon mal in Ihrem Leben hatten. Schreiben Sie dahinter, **in welchem Alter** Sie diese Erkrankung hatten. Wenn Sie mit dem genauen Zeitpunkt unsicher sind, schreiben sie eine ca. vor die Jahreszahl. Wenn Sie die gleiche Erkrankung mehrmals hatten, notieren Sie es (z.B. Lungenentzündung „3,25“) Wenn die Erkrankung mehrere Jahre anhielt, notieren Sie es entsprechend (z.B. Migräne „22- 31“)

Bitte versuchen Sie beim Ausfüllen – auch wenn es Mühe macht- so genau und ehrlich wie möglich zu sein, es wird den Erfolg Ihrer homöopathischen Behandlung verbessern! Es ist evtl. hilfreich – falls möglich- bei den Eltern nochmal nach Erkrankungen in der Kindheit nachzufragen.

Kinderkrankheiten:	Masern	Keuchhusten	Mumps	Röteln	Windpocken
---------------------------	--------	-------------	-------	--------	------------

Infektions- Erkrankungen:	Aids	Gonorrhoe/Tripper	Gürtelrose	Hepatitis	Kondylome
	Malaria	Pfeiff. Drüsenfieber	schwere Grippe	Trichomonaden	Würmer, Läuse, Krätze

Angeboren:

Blindheit, Herzfehler, Hasenscharte,
Klumpfuß, Hüftdysplasie, Trichterbrust
Hodenhochstand, Phimose, Schielen,
Leistenbruch, Hornhautverkrümmung

Blase & Niere:

Blasenentzündung
Harnröhrenentzündung
Nierenentzündung
Nierensteine

Geschlechtsorgane:

Brustzysten, Brustknoten
Brustwarzen eingezogen
Eierstockentzündung
Hodenentzündung
Myome
Pap. 3, Pap. 4
Prostataentzündung
Sterilität
Vaginalpilz

Haut:

Ekzem, Neurodermitis
Eiterungen, Furunkel, Fisteln
Erysipel
Fußpilz, Nagelpilz
Geschwüre, Basaliom
Hautpilz, Pityriasis versicolor
Krampfadern
Lippenherpes, Genitalherpes
Psoriasis/Schuppenflechte, Akne
Warzen, einfache: Dornwarzen an
Händen und Füßen
Warzen, fadenförmige, weiche: z.B. Hals,
Achseln

Herz & Kreislauf:

Arteriosklerose
Bluthochdruck
Herzinfarkt, Hämorrhoiden
Schlaganfall
Thrombose

Immunsystem:

Allergien
Heuschnupfen
Krupp/Pseudokrupp
Starke Reaktion auf Insektenstiche
Urtikaria

Knochen und Bewegungsapparat:

Bandscheibenvorfall
Fersensporn, andere Exostosen
Ischias
Rachitis

Kopfbereich:

Aphten
Augenentzündung
Blutschwamm
Epilepsie
Gerstenkörner
Hornhautverkrümmung, angeborene
Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit
Lähmungen
Migräne, chron. Kopfschmerzen
Mittelohrentzündung
Meningitis
Nasenbluten
Nervenentzündung
Polypen
Zähne: Querstehend, nicht angelegt,
Milchzähne nicht von selber ausgefallen

Krebs: Welcher Art: _____

Lunge:

Tuberkulose
Asthma, Bronchitis
Lungenentzündung
Rippenfellentzündung/Pleuritis

Psyche:

Ängste, Depression
Bulimie, Magersucht
Bettnässen, Stottern, Legasthenie
Schizophrenie, Manie, Psychosen

Schwangerschaft:

Fehlgeburt, (welcher Monat?),
Totgeburt, Zwillingsgeburt

Verdauung:

Afterfissuren
Darmpolypen
Durchfall oder Verstopfung, regelmäßig
Gallensteine
Magenentzündung, Magengeschwüre

Weitere Erkrankungen:

Arthritis, Gicht, Rheuma
Diabetes
Schilddrüse: Kropf, Überfunktion,
Unterfunktion

Nicht erwähnte
Erkrankungen: _____