



# JOSEPH FISCHER

*Praxis für klassische Homöopathie*

---

Name / Vorname

Geburtsdatum

## *Persönliche Krankengeschichte*

Wie war Ihre Entwicklung als Kleinkind (erste Zähne, Schritte, Sprechen)? Hatten Sie besondere Reaktionen auf Impfungen? Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie bisher in Ihrem Leben (mit Jahresangabe)? Welche Ereignisse haben Sie besonders geprägt?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## *Krankengeschichte der Familie*

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor (Blutsverwandte, Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Kinder)? Wie zum Beispiel: Ekzeme, Allergien, Mittelohrentzündung, Schilddrüsenkrankheiten, Lungenleiden, Asthma, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Blutdruckprobleme, Leber-, Nierenleiden, Rücken- oder Gelenkleiden, Diabetes, Krampfadern, Fehlgeburten, Missbildungen, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Epilepsie, psychische Leiden, Suchtprobleme, usw.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---