

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Personalien:

Name:

Vorname:

Straße und Haus-Nr.

Wohnort (mit PLZ):

Tel. Nr.:

Geb.-Datum:

Größe cm

Gewicht kg

Familienstand: (bitte Entsprechendes unterstreichen)

alleinlebend verh. seit verw. seit getrennt lebend seit

geschieden seit feste Partnerschaft seit

Kinder (wie Viele, Alter)

Hauptbeschwerden: (schildern Sie bitte Ihre Beschwerden, wegen der Sie hauptsächlich zur Behandlung kommen oder schon stehen; seit wann leiden Sie an diesen Beschwerden? Durch welche Umstände werden die Beschwerden gebessert oder verschlimmern sie sich, z.B. Zusammenhang zu Tages- oder Jahreszeit, zum Wetter, besser durch Wärme, Kälte oder Druck, schlechter durch Kälte, Wärme oder Erschütterung, bei weiblichen Patientinnen Zur Periode usw.?)

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Schreiben Sie bitte leserlich)

Bisherige Behandlungen:

Was haben Sie alles schon gegen Ihre Beschwerden unternommen (Medikamente, Kuren, Heilpraktiker usw.)?

Vorgeschichte:

Haben Sie eine Vorstellung, wodurch oder aus welchem Anlass die Beschwerden aufgetreten sind (z.B. nach einer schweren Infektionskrankheit, nach einem Unfall, durch Kummer usw.)?

Krankheiten in der Familie: (z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Zuckerkrankheit, Geistes- oder Gemütskrankheiten usw.)

bei wem?

Eigene Vorerkrankungen:

An welche eigenen Erkrankungen (auch Kinderkrankheiten, Operationen, Unfälle) können Sie sich erinnern? Bitte mit Jahresangabe.

Gab es Erkrankungen, von denen Sie sich sehr schlecht erholt haben, welche, wann?

Impfungen (welche, wie vertragen?):

Allergien oder Unverträglichkeiten (Pollen, Hausstaub, Tiere oder Tierhaare, Nahrungsmittel, Medikamente, sonstige):

Medikamente (welche Medikamente nehmen Sie z.Z. regelmäßig ein?)

Genussmittel:

Nikotin: Zigaretten Pro Tag (oder sonstiges)

Alkohol: (Bier, Wein, Schnaps usw.; wieviel pro Tag, regelmäßig?)

Kaffee: Tassen pro Tag

sonstiges:

weitere Beschwerden:

Nachdem Sie nun weiter oben schon spontan Ihre Beschwerden geschildert haben, bitte ich Sie, einige weitere Fragen zu beantworten, die mögliche andere noch vorhandene Beschwerden betreffen, die Ihnen vielleicht spontan nicht eingefallen sind. Falls der Platz nicht ausreicht, nehmen Sie bitte ein Extrablatt.

Wenn Sie die entsprechenden Beschwerden schon oben geschildert haben, schreiben Sie bitte „s.o.“. Sie sollten nur solche Beschwerden erwähnen, die entweder sehr ausgeprägt oder sehr häufig auftreten.

Besonders wichtig für die Behandlung sind solche Beschwerden, die sie selbst nicht einordnen können bzw. die Ihnen merkwürdig erscheinen; z. B. Falls Sie Husten nur dann haben, wenn Sie vorher etwas warmes gegessen haben oder Gelenkschmerzen nur dann auftreten, wenn Sie kurz vorher Wasser gelassen haben.

Kopf:

Schmerzen: wo; (Hinterkopf, Stirn, rechts, links, wechselnde Seiten, Ausstrahlung usw.)

wodurch (Hitze, Kälte, Kaffee, Alkohol, Süßigkeiten, usw.)

wodurch besser (Reiben, Druck, Kälte, Wärme, Liegen usw.)

Begleiterscheinungen (Erbrechen, Schwindel, Naselaufen usw.)

Schwindel (Dreh- oder Schwankschwindel)

wodurch (Hochschauen, an hohen Plätzen, auf Türmen, beim Autofahren usw.)

Augen Sehstörungen, Tränenlaufen, Entzündungen

Ohren Schmerzen, Schwerhörigkeit, Geräusche, Ausfluss

Nase Verstopfung (rechts, links, abwechselnd)

Naselaufen

Nasenbluten

wodurch (Husten, Erkältung, Ärger, bei Frauen Periode usw.)

Geruchssinn

vermindert, empfindlich gegen Gerüche (welche?)

Mund Zähne (Ausfall, Karies, künstliches Gebiss seit wann?)

Zahnfleisch, vermehrter Speichelfluss

Geschmack, Mundgeruch, Zungenfarbe, Zungenbrennen

Haare Haarausfall (stellenweise, großflächig), Haarfarbe

Kopfhautekzem, starke Schuppen, fettige oder sehr trockene Haare

Hals

innerer Hals

häufige Halsschmerzen, Mandelentzündungen, Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken oder Sprechen

äußerer Hals

Schmerzen, Kloßgefühl, Schilddrüsenvergrößerung oder – Beschwerden

Brustkorb

Herz das Herzklopfen, Herzstiche, Engegefühl (wann, zu welchen Anlässen, wo im Bereich des Brustkorbes genau)

Schmerzen (Art der Schmerzen , s.o.):

Atmung

Luftnot, Schmerzen beim Atmen (wo?); Gefühl, nicht richtig aus- oder einatmen zu können.

Husten (wann und wie, z.B. trockener Husten, bellender Husten, krampfartiger Husten, mit oder ohne Auswurf, evtl. Art und Farbe des Auswurfs).

Wann tritt der Husten vor allem auf (Tageszeit, Körperlage z.B. beim Hinlegen), Wechsel von warm zu kalt oder umgekehrt, beim Essen oder Trinken oder beim Zähneputzen.

Schwellung oder Schmerz der Brustdrüse, Ausfluss

Bauch

Schmerzen wo im Bauchbereich und zu welchen Gelegenheiten

Oberbauch – rechts-links – Mittelbauch – Unterbauch

nach dem Essen, eher nüchtern, v.a. Nach Essen von bestimmten Speisen

Art des Schmerzes (soweit beurteilbar):

Ausstrahlung (wohin)

Besserung wodurch (z.B. Wärmflasche oder Heizkissen, feuchte Wärme, trockene Wärme, Eisbeutel, Aufstoßen, Blähungsabgang, Stuhlgang, Urin):

Übelkeit oder Aufstoßen, wodurch, wodurch besser?

Verdauungsstörungen (Durchfall oder Verstopfung, evtl. beides im Wechsel) nach welchen Speisen besonders?

Farbe des Stuhls, fest, flüssig, breiig, fettig (z.B. an der Toilettenschüssel klebend)

Hämorrhoiden, Ausfluss aus dem Darm, Jucken am After

Harnorgane

Schmerzen wo? (Nieren, Blase, Harnröhre)

wodurch, wodurch besser?

Ausstrahlung (wohin)

Beschwerden beim Wasserlassen

brennen, nachträufeln, unwillkürlicher Urinabgang z.B. beim Lachen, Pressen, Husten
Niesen.

Urin kommt nicht, obwohl Drang besteht.

Häufigkeit des Wasserlassens

tagsüber ca. Mal

nachts ca. Mal

Ausfluss aus der Harnröhre (Farbe, Geruch)

Geschlechtsorgane

Schmerzen, Funktionsstörungen

bei Frauen:

Periode: erste Periode (Im welchem Alter)

evtl. letzte Periode (in welchem Alter)

Abstand zwischen den Perioden (falls Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen oder die Anti-Baby-Pille einnehmen, beantworten Sie diese Fragen bitte so, wie es war, als Ihre Periode noch spontan kam oder bevor Sie die Anti-Baby-Pille einnahmen):

regelmäßig – unregelmäßig

Blutbeschaffenheit (hell – flüssig – dunkel – klumpig – stark – schwach)

Beschwerden vor oder während der Periode (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Unterleibsschmerzen, Depressionen, Weinanfälle, Launenhaftigkeit)

wann auftretend (vor der Periode, zu Beginn der Periode, einige Tage nach Beginn)

wann wieder besser (bei Einsetzen der Periode oder erst nach Beendigung der Periode)

Ausfluss aus der Scheide (Farbe, Geruch)

Rücken

Schmerzen wo (Nackengebiet, zwischen den Schulterblättern, im Lendenwirbelsäulenbereich)?

Art des Schmerzes (s.o.)

Ausstrahlung (in die Arme, die Beine, den Kopf, den Bauch, Nierengegend usw.)
wodurch ausgelöst (z.B. langes Stehen, Liegen, Zugluft, Kälte usw.)

wodurch besser (z.B. Liegen auf einer harten Unterlage, Wärme, Massieren)

Kälte- oder Hitzegefühl

wo, wodurch

Extremitäten (Arme und Beine)

Schmerzen: wo, wodurch ausgelöst, Ausstrahlung.

Wodurch besser

Krampfadern, Durchblutungsstörungen

Kälte- oder Hitzegefühl

an welchen Körperteilen

wodurch ausgelöst, wodurch besser ?

Haut

Ausschlag an welchen Körperteilen

Jucken oder Brennen wann (Jahreszeit, morgens oder abends schlimmer)

wodurch (Wärme, Aufregung, Kratzen verschlimmert das Jucken, nachts, beim ins Bett gehen, Wasser verschlimmert, schlimmer nach dem Ausziehen)

Akne wo

Warzen wo

schlecht heilende Wunden

Schwitzen an welchen Körperstellen, wodurch

Schlaf

Einschlafen: um welche Uhrzeit gehen Sie gewöhnlich ins Bett?

Können Sie sofort einschlafen, wenn nein, wodurch werden Sie wachgehalten (z.B. Kälte, Gedanken, Angst vorm Einschlafen)?

In welcher Lage schlafen Sie ein ?

Können Sie auch in einer anderen Lage einschlafen?

Schlafen Sie lieber auf einer weichen oder auf einer harten Unterlage?

Durchschlafen wachen Sie nachts regelmäßig auf?

Wenn ja, ca. um Uhr

wache jedes Mal zu einer anderen Zeit auf.

Wodurch werden Sie wach?

Was tun Sie, um wieder einzuschlafen?

Aktivitäten während des Schlafs

Schlafwandeln, Lachen, Sprechen, sehr unruhiger Schlaf

Aufwachen um wie viel Uhr stehen Sie für gewöhnlich auf?

Fühlen Sie sich dann ausgeschlafen oder noch völlig müde?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden beim Aufwachen (Schwindel, unangenehme Gedanken, Schmerzen)?

Mittagsschlaf halten Sie gelegentlich Mittagsschlaf?

Bekommt Ihnen das?

Träume gibt es Träume, die sich wiederholen bzw. Themen, von denen Sie häufiger träumen?

Allgemeine Fragen

Nahrung und Getränke:

haben Sie viel oder wenig Appetit oder eher normal?

Wie viel Liter trinken Sie ungefähr pro Tag?

Was, kalt oder warm, in großen oder in kleinen Schlucken?

was essen Sie am liebsten?

Tragen Sie bitte hier ein, was Ihnen am besten schmeckt und nicht das, von dem Sie annehmen, dass es gut für Sie ist.

Wenn Sie z.B. sehr gerne Butter essen, dann geben Sie das bitte hier an, auch wenn Sie meinen, dass Butter-essen ungesund sei.

Tragen Sie hier bitte auch Dinge ein, die Sie mögen, obwohl es eigentlich keine Nahrungsmittel sind. Manche Menschen mögen z.B. gerne Gras oder Kreide.

Auch solche Dinge sollten hier erwähnt werden.

Haben Sie Verlangen oder Abneigung nach z.B. saurem-süßen-salzigen-stark gewürztem-Knoblauch-Zwiebeln-Delikatessen usw.

gegen welche Nahrungsmittel oder Getränke haben Sie eine starke Abneigung?

Welche Nahrungsmittel essen Sie gerne, vertragen Sie aber nicht? Geben Sie hier bitte auch an, wieso Sie sie nicht vertragen.

Allergien

Allergien gegen Nahrungsmittel, Pollen oder Staub. Welche Beschwerden dadurch?

Zusammenhänge

Gibt es irgendwelche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten Ihrer Beschwerden bzgl. anderer Umstände?

Zeit Tageszeit (z.B. morgens oder abends, evtl. Uhrzeit), Wochentage, Mondzyklus, bei Frauen Periode, Jahreszeiten

Ort am Meer oder im Gebirge schlechter oder besser

Wetter Verschlimmerung oder Besserung der Beschwerden bei Sonnenschein, Regen, Nebel, Schnee, Wetterumschwung (kalt nach warm oder umgekehrt)

bei welchem Wetter fühlen Sie sich insgesamt gut und bei welchem schlecht ?

Können Sie lange in der Sonne liegen; wenn nein, warum nicht ?

Kleidung vertragen Sie enge Kleidung; bzw. an welchen Körperteilen können Sie keine enge Kleidung vertragen?

Warum nicht?

sind Sie lieber generell eher dünn angezogen oder eher sehr warm (unabhängig von der Jahreszeit) ?

Welche Materialien können Sie nicht auf der Haut vertragen?

Warum?

Psychische Funktionen

Gedächtnis Behalten oder Vergessen von Namen, Zahlen, lange vergangene, vor kurzem geschehene Ereignisse.

Konzentration haben Sie Konzentrationsstörungen? Wenn ja, zu bestimmten Gelegenheiten, für bestimmte Dinge oder ständig.

Ängste Haben Sie Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen z.B. enge Räume (U-Bahn, Aufzug, Kino), Höhe (Z.b. Fernsehturm, Seilbahn,

Gebirge), Menschenmenge, Tiere (welche?, z.B. Spinnen, Mäuse, Hunde, Katzen, Schlangen).
Wie stark ausgeprägt sind diese Ängste? (bisschen, stark, sehr stark, beeinflusst mich in meiner Lebensführung)

Angst vor Krankheiten, (Herzkrankheit, Krebs o.ä.)

Angst vor der Zukunft, warum?

Angst um andere, um wen?

Depression sind Sie häufig grundlos niedergeschlagen? Kommen Ihnen häufig negative Gedanken an vergangene negative Dinge?

Möchten Sie manchmal nicht mehr leben?

Neigen Sie zum Weinen?

Weinen Sie grundlos oder schon aus dem geringsten Anlass?

Erleichtert Sie das Weinen?

Wenn Sie traurig oder niedergeschlagen sind, möchten Sie dann lieber getröstet oder lieber in Ruhe gelassen werden?

Sonstiges

Sind Sie sehr eifersüchtig?

Sind Sie nachtragend?

Sind Sie sehr mitfühlend?

Ist Sexualität für Sie wichtig oder eher unwichtig. Haben Sie eine Abneigung gegen Sexualität?

Was ist Ihre Lieblingsfarbe ?

Worüber können Sie sich ärgern?

Haben Sie irgendwelche körperlichen Beschwerden durch Ärger?

Machen Sie im folgenden bitte ein Kreuz an die Stelle, wo Sie denken, dass Sie sich selbst am ehesten einordnen würden. Wenn Sie z.B. ein sehr ordentlicher Mensch sind, machen Sie das Kreuz in der ersten Frage ganz nach links, wenn Sie sehr unordentlich sind, bitte ganz nach rechts

ordentlich.....unordentlich
rede gerne.....schweigsam
geduldig.....ungeduldig
entscheidungsfreudig..... unentschlossen
lieber allein..... lieber in Gesellschaft
jähzornig.....ruhig
friere leicht.....mir ist eher zu warm

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen spätestens eine Woche vor dem vereinbarten Termin zu.