

Homöopathischer Fragebogen

Name _____

Vorname _____ Geburtstag _____

Straße _____ Familienstand _____

PLZ/ Ort _____ Telefon _____

Beruf _____ Tel. mobil. _____

E- Mail _____ Versicherung _____

Kinder /Jahrgänge _____ Körpergröße _____

Gewicht _____ Haarfarbe _____

Bitte legen Sie dem Fragebogen ein Farbfoto von sich bei.

Es reicht völlig aus, wenn Sie folgende Fragen stichwortartig oder in kurzen Sätzen beantworten. Zutreffendes können Sie ebenso unterstreichen oder durch einkreisen hervorheben. Dieser Anamnesebogen dient der Orientierung für Behandler und Patient und stellt die vorläufige Aufnahme Ihres Anliegens dar.

Sollte der Ihnen zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, ergänzen Sie bitte Ihre Antworten mit einem Extrablatt oder schreiben Sie mit Vermerk auch gern auf der Rückseite weiter.

1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Seit wann gibt es diese Beschwerden?

Wo genau sind sie (falls bestimmbar)?

Wie fühlen sich die Schmerzen an (falls vorhanden und beschreibbar)?

Was bessert die Beschwerden (auch wenn vielleicht nur kurz Linderung eintritt)?

Was verschlimmert die Beschwerden?

Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden schlimmer sind?

Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und welche? Bitte bringen Sie Kopien Ihrer Befunde / Berichte zur Erstkonsultation mit!

Welche Medikamente haben Sie in der letzten Zeit genommen oder nehmen Sie noch?

Hatten Sie in der letzten Zeit Röntgenuntersuchung oder -durchleuchtung?

(Wenn zutreffend bitte einkreisen oder markieren)

Wie schwitzen Sie?

z.B. leicht, gar nicht, total, teilweise, Anstrengung, Aufregung, warm, kalt, klebrig, übelriechend, die Wäsche färbend, erleichternd, erschöpfend, unangenehm, morgens, tagsüber, abends, nachts, Kopf, Hinterkopf, Nacken, Stirn, Gesicht, Brust, Achseln, Rücken, Oberkörper, Unterkörper, einseitig, Hände, Beine, Füße, im Schritt usw.?

Wie steht es mit Ihrem Schlaf?

z.B. gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regel- mäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlaf- wandeln, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hoch- liegend, flach, Rücken, Bauch, links, rechts, sitzend, knieend, Knie-Ellenbogen-Lage, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße zu warm, Füße herausgestreckt, kalte Füße, Frieren im Schlaf, Schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen usw.?

Wird der Schlaf oft durch bestimmte Erscheinungen gestört?

z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume usw.?

Gibt es einen bestimmten Traum, der in Ihrem Leben immer wiederkehrte?

Wird Ihnen leicht schwindelig und wann?

z.B. in der Höhe, beim Aufstehen, Liegen, Gehen, Stehen, morgens, nach dem Essen usw.?

Wie vertragen Sie Bahn-, Auto-, Schiffs- oder Flugreisen?

Bei welchen Gelegenheiten sind Sie ohnmächtig geworden?

Sind Sie sehr druck- oder berührungsempfindlich? z.B. Hartliegen, Anfassen, massieren, enge Kleider, Hals, Brust, Bauch, Taille, Hände, Füße, Geschlechtsteile, Gelenke, Wunden usw.?

Bekommen Sie leicht „blaue Flecke“?

Wie verhält sich Ihre Haut bei Verletzungen? heilt leicht, heilt schlecht, eitert, Narben auf- geworfen, eingezogen, verfärbt, blutet kaum, Blut schwer zu stillen, Blut hellrot, dunkel, schwarz?

Leiden Sie unter merkwürdigen Absonderungen? z.B. aus Geschwüren, Pickeln, Hautausschlägen, Nabel, Ohren, After;- **welche Eigenschaften haben diese**, z.B. Geruch, Farbe, Aussehen, wässrig, dick, wund - machend, zäh usw.?

Treten bei Ihnen bestimmte „Zustände“ auf? Schwäche, Ohnmachten, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Blutandrang, Krämpfe, Lähmungen, Zittern, Zucken, epileptische Anfälle, Entzündungen, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Angstanfälle, oder andere?

Wo gibt es auffällige Empfindungen? z.B. Ameisenlaufen, Taubheit, Kribbeln, Jucken, Spannung, Steifheit, Zittern, Klopfen, Pulsieren, Kälte- oder Hitzegefühl, Gefühle „als ob“ ein Haar, ein Klumpen, Kloß, Sandkorn, Bewegungen, sich irgendwo befänden, oder andere?

Welche Überempfindlichkeiten gibt es bei Ihnen? z.B. Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden, oder andere?

Wie können Sie Ihre Schmerzen charakterisieren? z.B. berstend, bohrend, brennend, drückend, krampfend, klopfend, reißend, schneidend, stechend, ziehend, plötzlich beginnend, plötzlich endend, nur nachts, nur tags, periodisch auftretend, wo beginnend, wohin ausstrahlend, Fehlen von Schmerzen, wo sie eigentlich erwartet würden usw. Welche Stellungen oder Haltungen Ihres Körpers gibt es, die bessern oder verschlechtern? z.B. Liegen, Gehen, Stehen, Laufen, Bewegung, Anstrengung, Treppensteigen, Sitzen, Fahren, Heben usw.?

Wird eine Körperseite bei Ihren Krankheits-erscheinungen eindeutig bevorzugt?

z.B. alles nur rechts, alles nur links, nur oben, nur unten, wechselhaft?

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

Besitzen Sie Spannkraft und Vitalität?

Sind Sie sportlich leistungsfähig?

Sexualität: Wie ist Ihr sexuelles Verhalten aus Ihrer eigenen Sicht: z.B. „normal“, vermindertes oder vermehrtes Verlangen? Masochismus / Sadismus Vergewaltigung, sexueller Missbrauch? Störungen, z.B. blutiger Samenerguss, zu früher Samenerguss, kein Samenerguss, Erektionsstörungen.

2. Familienvorgeschichte

Welche Erkrankungen gab es in Ihrer Familie? z.B. Krebs, Hautkrankheiten, Krätze, Neurodermitis, Schuppenflechte, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, psychische oder Geisteskrankheiten, Selbstmord, Süchte, Medikamentenmissbrauch, Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Gicht, Rheuma, Steinleiden (Nieren- oder Gallensteine), Leberkrankheiten, Magenbeschwerden, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria usw.

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern / Großeltern?

3. Eigene Vorgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Welche besonders stark, wann war das, blieb etwas zurück?

z.B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Focken, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Malaria, Tropenkrankheiten, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Hepatitis, Tuberkulose, Mandelentzündungen, Bronchitis Grippe, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Pilze) Nieren- Blasen-, Harnröhrentzündung?

Welche anderen Erkrankungen hat es bei Ihnen gegeben?

z.B. Krebs, Lymphdrüenschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit oder anderes?

Mit welchen Hauterkrankungen hatten Sie zu tun?

z.B. Krätze, Ekzeme, Pusteln, Pickel, Akne, Flechten, Furunkel, Warzen oder anderes?

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wie haben Sie sie vertragen?

Bitte bringen Sie den Impfpaß mit zu ihrem Termin!

Welche Operationen wurden an Ihnen vor- genommen? (Bitte mit Zeitangabe)

Welche Verletzungen hatten Sie?

z.B. Geburts- verletzung (auch Kaiserschnitt, Zangengeburt), Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Unfälle, Schock usw.?

Gab es in Ihrer Kindheit / Pubertät Auffälligkeiten?

z.B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglich- keiten, Zahnungsschwierigkeiten, Rachitis, spätes Laufen- oder Sprechenlernen, Würmer, Impotenz, kein Orgasmus, übermäßige Onanie? Verstopfungen, Durchfälle, auffällige psychische Verhaltensweisen, Ängste usw.?

Gab es bei Ihnen in den folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Erscheinungen oder gibt es sie noch?

Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne,, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lungen, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht, Gallen- entzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Harnröhre. Eierstock, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Haare, Nägel, Muskeln, Gefäße, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut (2.8. Anämie, Blutwerte), Drüsen, Rheuma, Gicht, Nerven, Gemüt.

4. Allgemeine Symptomatik:

Gibt es Tages- oder Nachtzeiten, oder sogar Tages-oder Nachtstunden, in denen Sie schlechter fühlen?

Welche Jahreszeit gibt es, in der es Ihnen schlechter geht?

Wie werden Sie vom Stand der Sonne oder des Mondes, von Licht oder Dunkelheitbeeinflußt?

Sind Sie wetterempfindlich?

z.B. Wetterwechsel, Regen,, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, feuchtwarmes Wetter, nasskaltes Wetter, trockenes Wetter, Zugluft usw.?

Wo, und wie und was werden dadurch gestört?

Sind Sie klimaempfindlich?

z.B. Nordsee / Seeluft, Sumpfggend, Hochgebirge, Wüstenklima?

Wie vertragen Sie Wärme?

z.B. Sonne,Hitze, Ofen, Bäder, Zimmer, Kleider, warme Umschläge usw.?

Wie vertragen Sie Kälte? z.B. trockene, feuchte, eisige, kalte Umschläge usw.?

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer warm? z.B. können Sie ein warmes Zimmer vertragen oder öffnen Sie lieber das Fenster, lieber einen Pullover zu viel oder keinen?

Wie ist Ihre Wärmeregulation? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt und der andere warm, hitzig, Hitzewallungen, Frösteln, Schüttelfrost, Fieberneigung, nie Fieber, hohes Fieber usw.? Machen Sie nähere Angaben!

5. Lokale Symptomatik

(Wenn hierbei von Beschwerden zu berichten ist, bitte immer genau angeben, **wo** (Ort), **wohin** (Ausstrahlung), **wann** (zeitliches Auftreten), **wie** (Schmerz- oder Empfindungscharakter), **wodurch** besser oder schlechter, wodurch ausgelöst (Grund angeben!)

Kopf z.B. Kopfhaut, Haar, Haarausfall, Gehirn usw. Kopfschmerzen

Schwindel: z.B. Art des Schwindels (Drehen, Taumeln, Neigen zum Fallen), Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen usw.

Gesicht: auch Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge usw.

Augen: auch Entzündungen, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörungen usw.

Ohren: auch Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, Hören, eiternde Ohrläppchen usw.

Nase: z.B. Geruchssinn, Niesen, Schnupfen, Heu- schnupfen, Nebenhöhlen usw.

Mund: z.B. Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluss, Geschwüre (Aphten), Zahnfleisch, Zähne, Zahnungsschwierigkeiten als Kind, schlechte Zähne, Wurzelentzündungen, tote Zähne, Amalgam- füllungen, Fisteln, Zunge usw.

Hals: z.B. Mandeln, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Stimme, Sprache, Luftröhre, Schilddrüse, Drüsen usw.

Lungen und Bronchien: z.B. Husten, Auswurf (wie beschaffen? wann?), Asthma, Atemnot, Entzündung usw.

Herz: z.B. Herzfehler, Herzschmerzen, Herzklopfen, Angina pectoris usw.

Brüste: z.B. Knoten in der Brust, Krebs, Entzündungen, Schwellungen oder Schmerzen vor der Regel usw.

Magen: Schleimhautentzündung, "grummeln", „empfindlicher Magen“ Magenschmerzen:

Sodbrennen, Druckgefühl, Geschwüre Übelkeit: /Erbrechen:

Appetit z.B. normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger, nachts usw. Welche Erscheinungen gibt es, wenn Sie längere Zeit nichts gegessen haben? z.B. Schwäche, Kopfschmerz, Zitterigkeit, schlechte Laune usw. Gibt es bestimmte Zeiten am Tag oder in der Nacht, in denen Sie unbedingt etwas essen müssen? Wieviel (portionsmäßig) können Sie essen?

Entspricht Ihr Körpergewicht dem, was Sie essen? Sodbrennen:

Wie ist Ihr Durst? z.B. normal, groß, klein, nachts, lieber warm - kalt usw.

Welche Bauchbeschwerden kennen Sie und wann: z.B. Galle, Gallenkoliken, Milz, Bauchspeicheldrüse, Darm, Nabelbruch, Leistenbruch, Blähungen, Geräusche, Schmerzen, Absonderung aus dem Nabel Stuhlgang: z.B. täglich, jeden Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, mittags, abends, nachts, hell, dunkel, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, schafkotartig, hart, trocken, klebrig, bleistiftdünn, dünn, breiig, wässrig, schmerzhaft, schmerzlos, wegspritzend, drängend, dranglos, Drang ohne Erfolg, krampfartig, stechend, wund - machend, zurückschlüpfend, kann ihn nicht halten, Hämorrhoiden: Hat es früher einmal eine längere Zeit Verstopfung oder Durchfall gegeben?

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht? (U = Unverträglichkeit)

Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein ausgesprochenes Verlangen oder sind Sie geradezu gierig? (V = Verlangen)

Gegen welche Speisen oder Getränke haben Sie eine unüberwindliche Abneigung (A = Abneigung):

kalte Getränke:

warme Getränke:

Bier:

Wein:

Milch:

Kaffee:

Kartoffeln:

Kohl: Brot:

Butter:

Fette Speisen:

Rohe Speisen:

Fleisch:

Geräuchertes:

Geräuchertes:

Eis:

Gemüse:

Zwiebeln:

Eier: Käse:

Karotten:

Kuchen:

Obst:

Fisch:

Salate:

Süßigkeiten:

Salziges:

Saures:

Gut gewürzte Speisen:

Tabak:

Merkwürdiges:

Übelkeit: /Erbrechen:

Appetit z.B. normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger, nachts usw.

Haben Sie unter Ihrer Pubertät oder Ihren Wechseljahren sehr gelitten? Wie?

Gab es jemals Eierstockzysten, Myome, Schleim- hautveränderungen, Entzündungen, Feigwarzen, Condylome, Geschwüre oder andere Veränderungen im Genitalbereich oder Unterbauch?

Schwangerschaft: Fühlten Sie sich in der Schwangerschaft gesund oder krank, litten Sie unter Kummer, einem Schreck oder Depressionen, gab es Auffälligkeiten wie z.B. Übelkeit / Erbrechen, Condylomata, Blutungen, Schweiß, vorzeitige Wehen, Hochdruck, Krämpfe, Fehl- oder Tot- geburten, Weißfluß usw.?

Geburt / Wochenbett: spontan oder eingeleitet, Wehenschwäche, Komplikationen, Kaiserschnitt, Periduralanästhesie, Probleme mit Stillen, Menses während des Stillens, Geburtsmale / sonstige Auffälligkeiten beim Kind?

Leiden oder litten Sie an Gliederschmerzen?

Wo, wann, wie?

Gibt oder gab es etwas Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nägeln? Rheuma? Gicht?

Rücken: Leiden Sie unter Rückenschmerzen oder anderen Beschwerden im Rückenbereich?

Gibt oder gab es etwas Auffälliges bei Ihren Blutwerten / Anämie usw.?

Bitte bringen Sie Ihr letztes Blutbild mit zu ihrem ersten Termin.

Gefäße: Arterien, Venen, z.B. Krampfadern? Drüsenerkrankungen?

Nervenerkrankungen / Neuralgien?

6. Gemütssymptomatik

Hat sich in der letzten Zeit (insbesondere seit Beginn Ihrer derzeitigen Beschwerden!) **etwas in Ihrer psychischen Verfassung geändert? Was?**

Können Sie leicht zornig werden, schimpfen, „explodieren“? zu welchen Anlässen?

Können Sie weinen? Zu welchen Gelegenheiten? Bessert das Weinen Ihren Zustand?

Haben oder hatten Sie (auch als Kind) irgendwelche Ängste? z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst, Prüfungsangst, usw.?

Wie steht es mit...

- Ihrem Ordnungssinn?
- Selbstvertrauen?
- Wieviel Wert legen Sie auf Ihre äußerliche Erscheinung?
- Welche Rolle spielt bei Ihnen das Thema Neid / Eifersucht?
- Welche Rolle spielen die Eigenschaften Geiz / Verschwendung bei Ihnen?

Wie steht es mit...

- Unruhe/Nervosität
- Schreckhaftigkeit
- Langsamkeit / Hektik, Eile
- Geduld / Ungeduld
- Eigensinn - Pedanterie,
- Pünktlichkeit - Ehrgeiz
- Perfektionismus
- Kritik an anderen / von anderen
- Geschwätzigkeit - Zuverlässigkeit

Sind Sie ein Mensch, der dazu neigt, sich häufig zu beklagen, oder eher das Gegenteil?

Seufzen Sie oft?

Sind Sie eher sanft oder grob im Umgang mit anderen?

Nehmen Sie gern Trost an?

Sind Sie nach einer Kränkung nachtragend? Grübeln Sie lange über zurückliegende Ereignisse nach, oder können Sie sie schnell hinter sich lassen?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch?

Wie steht es mit Ihren geistigen Funktionen?

- Denken
- Lernen
- Rechnen
- Vergessen
- Behalten
- Konzentration
- Aufmerksamkeit
- Zerstretheit usw.

Sind Sie eher Optimist oder Pessimist?

Was war Ihr größter Kummer / Ihr größtes Trauma bisher?

Sind Sie...

- willensstark oder -schwach
- schüchtern
- konfliktscheu
- entschlossen / unentschlossen?
- extrovertiert / introvertiert?

Gehen Sie leicht auf fremde Menschen zu?

Sind Sie Einzelgänger? Oder Haben Sie gerne viele Menschen um sich herum?

Wie ist Ihr Ortssinn/ Ihre Orientierung?

Lieben Sie Musik? Hat sie einen Einfluss auf Ihre Psyche?

Teilen Sie anderen Ihre Probleme mit, oder behalten Sie sie für sich?

Wie verbringen Sie gerne Ihre Freizeit?

Zeigen Sie eine ausgeprägte Sammelleidenschaft?

Lieben Sie Ihren Beruf?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die für Sie typisch oder auffällig sind?

Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Wie werden Sie von anderen eingeschätzt?

Gibt es bei Ihnen im psychischen Bereich Dinge, die Sie vor anderen, oder bestimmten Menschen unbedingt verbergen möchten?