

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon.....e-mail.....

Geburtsdatum.....Beruf.....

Krankenversicherung

behandelnder Arzt

Erläuterung

Dieser Fragebogen erfüllt die Funktion, möglichst alle Bereiche zu erfassen, in denen Symptome erscheinen können. Um die heilende Arznei zu finden, wird ein möglichst umfassendes, bis in die feinsten Details hineinreichendes Bild der Krankheitserscheinungen benötigt. Oftmals sind es gerade Informationen, die in der herkömmlichen Medizin kaum Beachtung finden, die in der Homöopathie aber zum entscheidenden Verständnis des Krankheitsbildes beitragen und somit zur richtigen Arznei führen.

Bitte beantworten Sie die Fragen nicht nur mit "ja" oder "nein". Wenn Sie eine Beobachtung an sich gemacht haben, beschreiben Sie diese bitte mit ausführlichen Sätzen, auch wenn das Symptom scheinbar in keinem Zusammenhang zu Ihren aktuellen Beschwerden steht. Falls Sie zu einer Fragestellung nichts zu sagen haben oder keine eindeutige Stellungnahme möglich ist, gehen Sie zur nächsten Frage über. Sollte der eingeräumte Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt Papier.

Dieser Fragebogen dient dazu, das erste Behandlungsgespräch - die Erstanamnese - möglichst effizient durchführen zu können. Deshalb möchte ich Sie bitten, den ausgefüllten Bogen bis spätestens 3 Arbeitstage vor dem Behandlungstermin zuzuschicken. Selbstverständlich sind alle Angaben vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

1. ALLGEMEINES

1.1 Durch wen oder wie wurden Sie auf unsere Behandlungsweise aufmerksam ?

1.2 Welches sind Ihre Hauptbeschwerden ?

1.3 Seit wann leiden Sie unter diesen Hauptbeschwerden ?

1.4 Welche Umstände verbessern oder verschlechtern die Beschwerden ? (z.B. Kälte-, Wärmeanwendungen, Tageszeiten, Körperhaltungen, bestimmte psychische Situationen etc.) ?

1.5 Welche Gedanken sind Ihnen schon gekommen, was die Ursache dieser Erkrankung(en) sein könnte ? (Bitte beschreiben Sie nur Ihre eigenen Ideen und nicht die von anderen, z.B. die Ihres Arztes.)

1.6 Unter welchen Beschwerden leiden Sie sonst noch ?

2. SYMPTOME VON KOPF BIS FUß

Kopfbereich

2.1 Kopfschmerz: Wo, wann und wie (stechend, ziehend, hämmernd etc.) spüren Sie ihn, was bessert oder verschlechtert ?

2.2 Schwindel: Wann, bei welcher Gelegenheit ?

2.3 Haare: Wie ist der Zustand der Haare ?

2.4 Sinnesorgane: Leiden Sie unter Schmerzen an Augen, Ohren, Nase, an Entzündungen, Absonderungen, Licht-, Geräusch- oder Geruchsempfindlichkeit ? Gibt es Seh-, Hör- oder Geruchsstörungen oder Sinnestäuschungen (z.B. alles schmeckt bitter, Gegenstände erscheinen kleiner etc.) ?

2.5 Nase: Ist die Nase oft verstopft, verschnupft oder trocken ? Leiden Sie unter Heuschnupfen, häufigem Nasenbluten, Nasennebenhöhlenentzündung ?

2.6 Mund: Gibt es Störungen an der Mundschleimhaut, an Zahnfleisch, Zähnen, Zunge, Lippen (Schmerzen, Entzündungen, Mundgeruch, Speichelfluß, eingerissene Mundwinkel, Bläschen an den Lippen etc.) ?

2.7 Gesicht: Gibt es Schmerzen, Zucken, Jucken, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Hautausschläge, Akne, Grind, Schuppen, Neigung zum Erröten etc. ?

Hals

2.8 Rachen: Leiden Sie häufig unter Mandelentzündungen, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden ? Beschreiben Sie die Art des Schmerzes. Ist der Hals berührungsempfindlich, so daß ein enger Kragen stört ? Leiden Sie unter einem Kropf, dem Gefühl eines Kloßes im Hals ?

2.9 Sprache: Gibt es Sprachstörungen, Stottern, Heiserkeit, Räusperzwang ?

Brust

2.10 Atmung: Gibt es Schmerzen beim Atmen, Atemgeräusche, Atemnot, Asthma ? Wann, bei welcher Gelegenheit ? Beschreiben Sie die Beschwerden genauer.

2.11 Husten: Wann tritt er auf (z.B. beim Gehen vom Zimmer ins Freie, beim Hinlegen, nachts ...), ist er schmerzhaft, wie klingt er, besteht Auswurf, wie ist dieser beschaffen ?

2.12 Herz: Besteht Schmerz, Angst, Enge, Druck, Atemnot, Herzklopfen ? Wann, wie, wohin ausstrahlend, wodurch, bei welcher Tätigkeit erscheinen die Beschwerden ? Können Sie auf der linken Seite liegen ?

2.13 Kreislauf: Kommt es zu Schwindel, Schwäche, Übelkeit, zu warmem oder kaltem Schweiß ? Leiden Sie an Blutandrang, zu blassem oder gerötetem Gesicht ? Neigen Sie zu Ohnmachten ?

2.14 Gefäße: Gibt es kalte Hände oder Füße, bläuliche Verfärbungen, schwere Beine, geschwollene Beine, Krampfadern, Venenentzündungen, Thrombose ? Gibt es Ekzeme, offene Beine, Geschwüre ?

2.15 Blutdruck: Ist der Blutdruck meist hoch oder niedrig? Kennen Sie Ihre üblichen Werte ?

Unterleib

2.16 Magen: Leiden Sie unter Magenschmerzen ? Wie ist der Schmerz, wann tritt er auf und wodurch wird er verursacht ? Gibt es häufige Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen ?

2.17 Appetit: Wie ist der Appetit (z.B. Heißhunger oder nach einigen Bissen schon Völlegefühl etc.) ?

Wie ist der Durst ?

Neigen Sie zu Übelkeit oder Erbrechen beim Geruch oder beim Anblick von Speisen ?

2.18 Bauch: Haben Sie Schmerzen im Bauchraum ? Wie, wann und wo sind die Schmerzen ? Wodurch werden sie ausgelöst, was bessert und verschlimmert (z.B. Wärme, Zusammenkrümmen, Blähungsabgang, Aufstoßen ...) ? Vertragen Sie einen engen Gürtel ? Neigen Sie zu Blähungen, wann, wodurch ausgelöst? Wie sind die Winde (z.B. laut, stinkend ...) ?

2.19 After: Leiden Sie unter Hämorrhoiden, sind diese juckend oder blutend ? Ist der After wund, eingerissen, gibt es Afternässen, Ekzeme oder Auswüchse am After ?

Urogenitalsystem

2.20 Nieren: Hatten Sie Nierensteine, Koliken, Blasenentzündungen ? Leiden Sie unter Schmerzen in der Nierengegend ? Wann und wie spüren Sie die Schmerzen ? (andauernd oder nur bei Erschütterungen, stechend, bohrend etc.) ?

2.21 Urin: Wie ist Farbe und Geruch des Urins ? Bildet sich ein Satz beim Stehenlassen ?

2.22 Ausfluß: Besteht Ausfluß (Fluor) ? Wann ? Wie ist die Farbe, Menge, Geruch ? Gibt es Jucken, Brennen, Krampfen in der Scheide, Hitze, Vorfall, Gefühl des Herabdrängens, Ekzeme, warzenähnliche Gebilde, Schmerzen beim Verkehr etc. ?

2.23 Schwangerschaft: Sind eventuelle Schwangerschaften normal verlaufen, gab es Fehlgeburten ?

2.24 Brüste: Bestehen Schwellungen, Knoten, Schmerzen, Berührungsempfindlichkeiten der Brüste, juckende, wunde, eingezogene Brustwarzen etc. ?

2.25 Hoden, Penis: Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Glied oder Hoden (z.B. Jucken, Ekzeme, Geschwür, Ausfluß, schmerzhafte Erektionen etc.) ?

Rücken, Extremitäten

2.26 Rücken, Extremitäten: Haben Sie irgendwelche Beschwerden an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Gelenken, Knochen, am Rücken ? Wo genau und bei welcher Gelegenheit treten diese Beschwerden auf ? Wie werden sie empfunden (z.B. Reißen, Ziehen, Steifigkeit, Lähmung, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Krämpfe, Schwellung, Röte, Hitze, Kälte etc.) und was bessert oder verschlechtert sie ? Sind es wandernde Beschwerden ?

2.27 Gibt es irgendwo an Ihrem Körper oder in Ihrem Empfinden ein "komisches" oder "seltsames" Symptom ? Gibt es eine Stelle, die unerklärlicherweise schmerzempfindlich ist ?

Haut

2.28 Beschaffenheit: Wie ist Ihre Haut beschaffen (Trockenheit, Feuchtigkeit, Temperatur, Farbe, Absonderung, Fettigkeit, Schuppenbildung, Neigung zu blauen Flecken, kleine Wunden bluten lange, Eiterungen etc.) ?

2.29 Hautausschläge: Haben oder hatten Sie Hautausschläge, Geschwüre, Flechten, Pilz, Warzen, Abszesse ? Wo genau, wie ist deren Beschaffenheit, Aussehen, was empfinden Sie an den betroffenen Körperteilen (z.B. Jucken, Brennen, Klopfen, Kälte) ? Wann sind diese Empfindungen besser oder schlechter ?

2.30 Bemerken Sie Veränderungen an den Finger- oder Fußnägeln ?

2.31 Haben Sie geschwollene Lymphknoten ? Wo genau, sind sie schmerzhaft ?

3. DIE KRANKENBIOGRAPHIE

3.1 Wie war die Schwangerschaft und Entbindung der Mutter ?

3.2 Gab es Impfungen, Impfreaktionen, Kinderkrankheiten ?

3.3 Wie verlief die Zahnung, Laufen und Sprechen lernen (zu früh, zu spät, vorsichtig etc.) ?

3.4 An welche Krankheiten und Besonderheiten im Kindesalter erinnern Sie sich ?

3.5 Gibt es Einschnitte in Ihrem Leben, die Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben ?

3.6 Gibt es Beschwerden während der Pubertät, Schwangerschaft, den Wechseljahren ? Wenn ja, welche ?

3.7 Schildern Sie in zeitlich richtiger Reihenfolge Ihre Krankheitsgeschichte (Krankheiten, Operationen, Unfälle, Medikamentenunverträglichkeiten) und eventuell daraus resultierende Beschwerden.

3.8 Welche Medikamente werden von Ihnen zur Zeit eingenommen ? In welcher Dosierung ?

4. ZEITLICHE ABLÄUFE

4.1 Welchen Einfluß üben folgende Umstände auf Sie aus ?

Das Wetter ?

Die Jahreszeiten ?

Urlaub - am Meer ?

- im Gebirge ?

- am See ?

- im Wald ?

Die verschiedenen Mondphasen ?

Sonnenlicht, künstliches Licht, Dämmerung, Dunkelheit ?

Gesellschaft, Alleinsein ?

Fasten oder Hungern ?

Aufenthalt in geschlossenen, warmen Räumen ?

Stickige Luft ?

Enge Räume, Lift, Theater, Keller, Tunnel ?

4.2 Gibt es Tagesschwankungen Ihrer Beschwerden ? Geht es Ihnen morgens, mittags, abends oder nachts besser oder schlechter ? Gibt es herausragende Uhrzeiten, zu denen Beschwerden auftreten oder bei denen Sie beispielsweise nachts aufwachen ? Treten Ihre Beschwerden periodisch auf ? Wie lange sind gegebenenfalls die Zeitabstände ? Welches sind die Wochentage, an denen die Beschwerden gehäuft auftreten?

5. KÖRPERFUNKTIONEN

Verdauung

5.1 Was essen Sie am liebsten ? Wichtig sind Nahrungsmittel, nach denen sehr starkes Verlangen besteht. Unterstreichen Sie je nach Intensität Ihres Verlangens mit 1-3 Strichen: (z.B.: Fisch = Verlangen nach Fisch; Eier = gesteigertes Verlangen nach Eiern usw.)

5.2 Gegen welche Nahrungsmittel besteht eine deutliche Abneigung oder sogar Ekel ? Bewerten Sie ebenfalls die Intensität durch Unterstreichungen.

5.3 Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht ? Bewerten Sie ebenfalls die Intensität durch Unterstreichungen und geben Sie an, um welche Art Unverträglichkeit es sich handelt.

5.4 Wieviel Durst haben Sie (nur der tatsächliche Durst, nicht die „vorgeschriebene“ Flüssigkeitsmenge). Bevorzugen Sie kalte oder warme Getränke, kleine oder große Schlucke ?

Schlaf

5.5 Wie ist Ihr Schlaf (Einschlafen, Durchschlafen) ? Sind Sie morgens erfrischt ? Haben Sie bestimmte Aufwachzeiten ?

5.6 Haben Sie eine bestimmte Schlaflage ? Wenn ja, gibt es Gründe für genau diese Position ?

Temperatur/ Schweiß

5.7 Wie ist Ihre Temperatur-Empfindung (ist es meist zu heiß, zu kalt) ? Schwitzen Sie leicht oder nur wenig ? Wo besonders, wie ist der Geruch des Schweißes, färbt er die Wäsche gelb, bessert oder verschlechtert ein Schweißausbruch bestimmte Beschwerden ? Bei welchen Gelegenheiten kommt es zum Schweißausbruch ?

Ausscheidungen

5.8 Stuhl: Wann und wie oft haben Sie Stuhlgang ? Besteht Neigung zu Durchfall oder Verstopfung ? Wie ist Form, Farbe, Geruch und Menge der Stühle, gibt es Blut- oder Schleimbeimengungen ?

5.9 Wasserlassen: Haben Sie Schmerzen im Harnleiter, Blase oder in der Harnröhre ? Wie ist die Schmerzempfindung, strahlt der Schmerz aus, was bessert oder verschlimmert (z.B. Erschütterung, Ruhe, Bewegung, Wärme oder Kälte) ? Gibt es Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen (Schmerzen, häufiger Harndrang tags oder nachts) ? Fließt der Urin gut, sofort und ohne Hindernis ? Gibt es unwillkürlichen Harnabgang (spontan, beim Lachen, Niesen etc.) ?

Sexualität

5.10 Periode: Nehmen Sie die "Pille" ? Wann ist Ihre Regel zum ersten Mal eingetreten ? Wie ist die Regel (unregelmäßig, zu früh oder zu spät, schmerzhaft, Blutung stark oder schwach, hell oder dunkel, klumpig, mehr am Tage oder bei Nacht, wundmachend oder übelriechend etc.) ? Haben Sie Beschwerden bei, vor oder nach der Regel, welche Begleitumstände gibt es (z.B. Kopfschmerzen, Reizbarkeit etc.) ?

5.11 Sexualität: Wie ist der Geschlechtstrieb (z.B. kaum Interesse, sehr stark, in Gedanken dauernd damit beschäftigt, Angst davor oder Abneigung dagegen, sonstige Störungen, kein Orgasmus, viel Selbstbefriedigung) ? Hatten Sie je eine Geschlechtskrankheit ? Ist der Orgasmus vorzeitig, verzögert, gibt es eine starke Schwäche nach dem Verkehr ? Haben Sie Schmerzen beim Koitus?

Sonstiges

5.12 Wie ist Ihre Größe und Ihr Gewicht ? Wie stehen Sie zu Sport, frischer Luft, Rauchen, Alkohol, Kaffee, Drogen, haben Sie eine besondere Ernährungs- oder Lebensweise ?

6. PERSÖNLICHE MERKMALE

- 6.1 Wie würden Sie Ihren Charakter als Mensch beschreiben ? Welches sind Ihre Besonderheiten, ungeachtet der Tatsache, ob es sich um positive oder negative Eigenschaften handelt ?
- 6.2 Wie werden Sie von anderen beschrieben ? Welche Charaktereigenschaften werden Ihnen von Ihrem Partner oder Ihren Eltern zugeschrieben ?
- 6.3 Gibt es Ängste (allgemein oder vor Dunkelheit, Höhenangst, Räubern, ohnmächtig zu werden, verfolgt oder vergiftet zu werden, daß Sie jemanden töten könnten, daß Sie verrückt werden könnten, daß ein Unglück passiert, vor Wasser, vor Gewitter, vor bestimmten Krankheiten, vor Tieren - Hunden, Katzen, Spinnen, Schlangen, Mäusen - etc.) ?
- 6.4 Wo sind Sie auf der emotionalen Ebene besonders empfänglich (Musik, ungerechte Gesellschaftssituationen, leidende Menschen, romantische Situationen, Ungerechtigkeiten, Tadel, Zurücksetzungen, Eifersucht, verletzter Stolz, Unordnung, Veränderungen etc.) ?
- 6.5 Wie ist gewöhnlich Ihre Gemütslage ? Neigen Sie zu Depressionen ? Hatten Sie je Selbstmordgedanken ? Auf welche Art würden Sie Selbstmord verüben ?
- 6.6 Wie sind Ihre geistigen Fähigkeiten (Gedächtnis, klare Gedanken, Konzentrationsfähigkeit etc.) ? Unterlaufen Ihnen häufig bestimmte Fehler (z.B. beim Schreiben, beim Reden? Gibt es Ungeschicklichkeiten, Vergeßlichkeiten) ?
- 6.7 Welches war das einschneidenste Erlebnis in Ihrem Leben ? Nach welchen Lebensstationen hat sich Ihr Gesamtbefinden deutlich verschlechtert ? Was hat Sie am meisten aus der Bahn geworfen ? Welches war Ihr schönstes Erlebnis ?
- 6.8 Gibt es Ereignisse oder Umstände, die sich in Ihrem Leben immer wiederholen ?
- 6.9 Gibt es Themen, die Sie über lange Zeit stark beschäftigt haben oder Angriffe auf Ihre Moral und Wertvorstellungen ?
- 6.10 Welches ist die Charaktereigenschaft, die Sie am liebsten verändern würden ?
- 6.11 Gibt es Dinge, über die Sie nicht sprechen möchten ?
- 6.12 Wie sind Ihre Träume ? Gibt es häufig vorkommende Motive (haben Sie schon von Schlangen, Ratten, Fliegen, vom Herunterfallen aus großer Höhe etc. geträumt) ? Wie ist die hauptsächliche Emotionslage im Traum ?
- 6.13 Gibt es irgendeinen Traum (evtl. auch aus der Kindheit), den Sie nicht vergessen können ? Bitte schildern Sie ihn möglichst ausführlich. Wie war bei den einzelnen Traumabschnitten Ihre Gefühlslage ? Was bedeuten einzelne Traumotive für Sie ?

6.15 Haben Sie den Eindruck, daß alle für Sie relevanten Themen mit diesem Fragebogen angesprochen worden sind ? Wenn nein, bitte ergänzen Sie das Fehlende.

7. FAMILIE

7.1 Welche Krankheiten kamen in Ihrer Familie vor und bei wem (soweit Sie sich erinnern können, auch entfernte Verwandte) ?
(Bitte versuchen Sie, möglichst viele Informationen herauszufinden, diese Angaben könnten sehr wichtig sein):

Tuberkulose, Lungenentzündung:

Krebs:

Geschlechtskrankheiten:

Rheuma, Gicht:

Hautkrankheiten:

Allergien, Heuschnupfen:

Andere Krankheiten:

Malaria, Pocken, Cholera:

Geistesstörungen:

Selbstmord:

Unfälle:

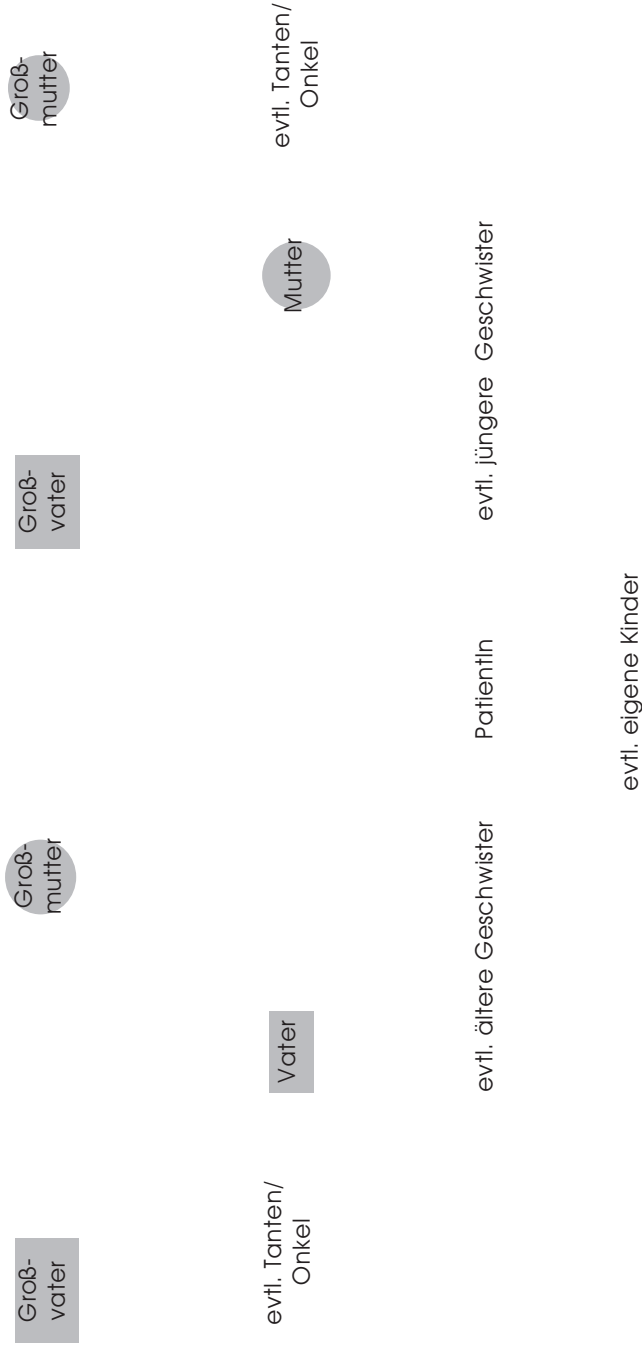
Andere Krankheiten:

7.2 Gibt es bestimmte Ereignisse oder Umstände, die in der Familie gehäuft auftreten (z.B. Scheidungen, Kinderlosigkeit etc.) ?
Wenn ja, bei wem ?

7.3 Bitte geben Sie charakteristische Wesensmerkmale Ihrer nahestehendsten Verwandten an (z.B. Vater sehr autoritär usw.).
Wichtig ist, wie Sie die entsprechenden Personen empfunden haben.

7.4 Der folgende Punkt ist von großer Wichtigkeit und deshalb ist größte Sorgfalt hierbei erforderlich. Bitte tragen Sie möglichst vollständig Ihre Verwandten (Kinder, Eltern, Onkel, Tanten, Großeltern ...) in das im Anschluß an den Fragebogen beigefügte „Genogramm“ ein und ergänzen Sie die Angaben durch die entsprechenden Erkrankungen, Besonderheiten etc. Besonders wichtig sind hierbei **frühe Todesfälle** (auch Kindstod, Suizid etc.) oder ungewöhnliche oder belastende Begebenheiten). Bitte tragen Sie auch an den jeweiligen Stellen ein, welche Organe oder Organsysteme Ihrer Verwandten anfällig oder erkrankt waren.

Genogramm



- eheähnliche Beziehung
- # Trennung/ Scheidung

bitte möglichst ausführlich bearbeiten !