

FRAGEBOGEN ZUR HOMÖOPATHISCHEN BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN

Bitte nehmen Sie sich vor unserem ersten Behandlungsgespräch etwas Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist sehr detailliert und ausführlich, doch ich möchte Sie trotzdem bitten, die Fragen sorgfältig zu beantworten, da auch Details die Ihnen möglicherweise unwichtig erscheinen, für eine erfolgreiche Behandlung ausschlaggebend sein können. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alles, was Sie mir nicht schriftlich mitteilen möchten, können Sie mir dann im Behandlungsgespräch persönlich erzählen.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Geburtsdatum und -ort

Ausbildung

Beruf

Hobbies

Familienstand, seit wann

Kinder, Alter

Vater, Alter

Mutter, Alter

Geschwister, Alter

Krankenkasse, Zusatzversicherung falls vorhanden

Was führt Sie zu mir? Welches ist Ihre Hauptbeschwerde?

Haben Sie wegen der Beschwerde schon ein/n Arzt aufgesucht? Wenn ja, wen und wie lautete die Diagnose?

Wann fingen Ihre Beschwerden an? Gab es einen Auslöser?

Was verschlimmert oder verbessert Ihre Beschwerden? (z.B. Kälte/Wärme, Bewegung, Wetter, Luftzug, Tageszeiten, etc.)

Wurden schon Behandlungen Ihrer Beschwerden vorgenommen? Wenn ja, welche?

Haben Sie gleichzeitig noch weitere Beschwerden?

Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Beschwerde ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Bitte kreuzen Sie im Folgenden ALLE Beschwerden an, die Sie momentan betreffen oder in der Vergangenheit betroffen haben. Bitte vermerken Sie ggf. auch, WANN Sie diese Beschwerden hatten, ob diese noch immer bestehen oder ob Sie ausgeheilt sind:

Allgemeine Erkrankungen:

- Allergien
- Kopfschmerzen
- Schwindelanfälle/-gefühle
- Krämpfe
- Hitzewallungen
- Krebsleiden
- Krampfanfälle/Epilepsie
- Drüenschwellungen
- Ohnmachtsanfälle
- Neurologische Erkrankungen
- Gemütererkrankungen
- Depressionen
- Suizidversuche
- Ängste (z.B. vor Krankheit, Armut, verfolgt zu werden, Hunden, Höhe, etc.)
- Phobien
- Zwänge
- Suchtkrankheiten
- Alkoholismus
- Medikamentenabhängigkeit
- andere Abhängigkeiten
- Kreislaufschwäche
- häufiges Frieren
- häufiges Schwitzen
- Sonnenstich
- schwere Verletzungen (z.B. am Kopf)
- Schlafstörungen
- Wiederkehrende Träume
- Alpträume
- Missempfindungen (z.B. kribbeln, Taubheit)
- Lebensmittelvergiftung

Schwangerschaften und Geburten:

- Schwangerschaften
- Geburten
- Schwangerschaftsabbrüche
- Fehlgeburten

Impfungen:

- Kinderkrankheiten
- Diphtherie
- Tuberkulose
- Hepatitis
- Polio
- Tetanus

Windpocken

Arzneimittel:

- Salben/Cremes
- Homöopathische Mittel
- Pille
- Antibiotika
- Spirale

Operationen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Polypen
- Unfälle

Krankenhausaufenthalte:

- Operationen
- Unfälle
- Schwere Krankheiten
- Kuren
- Psychiatrie

Lebenskrisen:

- Traumatische Erlebnisse
- Schwere Krankheiten
- Trennungen
- Scheidungen
- Verlust nahestehender Personen
- Arbeitslosigkeit
- Geschäftsaufgaben
- Überforderungen

Kinderkrankheiten:

- Röteln
- Mumps
- Masern
- Scharlach
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Windpocken
- Rachitis

Hals, Nase, Ohr, Auge:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Gerstenkörner

- ☒ Sehstörungen
- ☒ Schielen
- ☒ Schmerzen der Augen
- ☒ verstärkter Tränenfluss
- ☒ trockene Augen
- ☒ Nasennebenhöhlenentzündung
- ☒ Heuschnupfen
- ☒ häufiges oder leichtes Nasenbluten
- ☒ Chronischer Schnupfen
- ☒ Gestörter Geruchssinn
- ☒ Halsentzündung
- ☒ Engegefühl am Hals
- ☒ Kloßgefühl im Hals
- ☒ Schluckbeschwerden
- ☒ Mandelentzündung
- ☒ Mittelohrentzündung
- ☒ Tinnitus (Ohrgeräusche)

Mund und Zähne:

- ☒ Karies
- ☒ Amalgamfüllungen (Anzahl?)
- ☒ Zahnwurzelbehandlungen
- ☒ Zähne gezogen
- ☒ Fehlstellungen
- ☒ Zähneknirschen
- ☒ starker Speichelfluss
- ☒ Aphten
- ☒ Schnarchen
- ☒ Zahnfleischentzündung
- ☒ Geschmacksstörungen (z.B. alles schmeckt bitter, salzig, fade, etc.)
- ☒ Missempfindungen (z.B. Zähne fühlen sich locker, zu lang, o.ä. an)

Bewegungsapparat:

- ☒ Rheuma
- ☒ Gicht
- ☒ Muskelerkrankungen
- ☒ Gelenkbeschwerden
- ☒ Bänderschwäche (häufiges umknicken)
- ☒ Kalte Hände/Füße
- ☒ Rückenschmerzen
- ☒ blaue Flecken
- ☒ Taubheit
- ☒ Kribbeln/häufiges einschlafen
- ☒ Wadenkrämpfe

Stoffwechsel:

- ☒ Schilddrüsenerkrankungen
- ☒ Zuckerkrankheit

- ☒ hormonelle Dysbalancen

Atemwege:

- ☒ Atembeschwerden
- ☒ Beklemmungen
- ☒ Chronischer Husten
- ☒ Lungenentzündung
- ☒ Rippenfellentzündung
- ☒ Bronchitis
- ☒ Asthma
- ☒ Tuberkulose

Bauch:

- ☒ Gürtelrose
- ☒ Gallensteine
- ☒ Gelbsucht
- ☒ Lebererkrankungen
- ☒ Magenentzündung
- ☒ Magen/Darmgeschwüre
- ☒ Blinddarmentzündung
- ☒ andere Darmerkrankungen
- ☒ Sodbrennen
- ☒ häufige Übelkeit
- ☒ Verstopfung
- ☒ Durchfall
- ☒ Hämorrhoiden
- ☒ Fissuren oder Juckreiz am After
- ☒ Blut im Stuhl
- ☒ Blähungen
- ☒ Aufstoßen

Herz und Gefäße:

- ☒ Herzklopfen
- ☒ Hoher Blutdruck
- ☒ Niedriger Blutdruck
- ☒ Herzfehler
- ☒ Herzrhythmusstörungen
- ☒ Herzschmerzen
- ☒ Herzinfarkte
- ☒ Angina pectoris
- ☒ Schlaganfälle
- ☒ Durchblutungsstörungen
- ☒ Krampfadern
- ☒ Thrombose

Infektionskrankheiten:

- ☒ Tropenkrankheiten
- ☒ HIV/AIDS
- ☒ Hepatitis A, B, C, D, E
- ☒ Malaria

Nieren, Blase, Genitalien:

- Schmerzen beim Urinieren
- Andere Beschwerden beim Urinieren (z.B. Frostschauer, geteilter Harnstrahl, Schleim oder Blutabgang, o.ä.)
- Unwillkürlicher Harnabgang
- Zu häufiger Harndrang
- Blasen/Nierenentzündung
- Blasen/Nierensteine
- Myome
- Zysten
- Knoten in den Brüsten
- Brustentzündung
- Schmerzen in den Brüsten
- Hodenhochstand
- Phimose (Vorhautverengung)
- Prostatabeschwerden
- Unfruchtbarkeit
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Feigwarzen/Kondylome
- Chlamydien

- Trichomonaden
- Pilze
- Gonorrhö/Tripper
- Syphilis

Haut und Haare:

- Haarausfall
- verstärkter Haarwuchs
- Haarwuchs an ungewöhnlichen Stellen
- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Allergien
- Schuppen
- sehr trockene/fettige Haut
- Beschwerden der Nägel
- Nagelbeißen
- Warzen
- gestörte Narbenbildung
- schlechte Wundheilung
- Juckreiz

Sonstige Erkrankungen:

FRAGEN ZU IHRER GEBURT UND KINDHEIT (FALLS BEKANNT)

Gab es Probleme, Belastungen, Veränderungen oder Krankheiten im Leben Ihrer Mutter während der Schwangerschaft? Musste Sie Medikamente einnehmen?

Wie lief die Geburt?

Haben Sie als Baby Muttermilch vertragen?

Wurden Sie gestillt und wenn ja wie lange?

Hatten Sie als Kind Blähungskoliken?

Ab welchem Alter konnten Sie sitzen _____
 stehen _____
 laufen _____
 sprechen _____

Wie alt waren Sie, als Sie Zähne bekamen?

Wie alt waren Sie, als Sie keine Windeln mehr brauchten? Gab es Probleme mit Bettnässen o.ä.?

Haben Sie als Kind in der Knie-Ellenbogen-Lage geschlafen?

Welche Eigenschaften die Sie als Kind hatten besitzen Sie noch heute?

Welche Eigenschaften die Sie als Kind hatten besitzen Sie heute nicht mehr?

Was war das schönste Erlebnis in Ihrer Kindheit?

Was war das schlimmste Erlebnis Ihrer Kindheit?

EINFLÜSSE VON AUßEN

Auf den nun folgenden Seiten finden Sie Dinge oder Situationen, denen man im täglichen Leben ausgesetzt ist. Bitte markieren Sie in den Kästchen, wie diese Faktoren Ihr Allgemeinbefinden oder aber Ihre Beschwerden beeinflussen. Hier ein kleines Beispiel:

	sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ	Art der Auswirkung
Wetterwechsel				X		Kalt zu warm: oft Migräne
Warmes Wetter		X				
Kaltes Wetter			X			
Feuchtes Wetter				X		Gelenkschmerzen werden schlimmer
usw.						

So, und nun zu Ihnen:

	sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ	Art der Auswirkung
Wetterwechsel						
Warmes Wetter						
Kaltes Wetter						
Feuchtes Wetter						
Schwüles Wetter						
Pralle Sonne						
Vollmond						
Gewitter						
Sturm						
Regen						
Waschen/ baden						
Kühle Räume						
Warme Räume						
Sauna						
Bettwärme						
Enge Räume						
Offene Plätze						
Zugluft						
Tabakrauch						
Seeluft, am Meer						
Im Gebirge						
Frühling						

	sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ	Art der Auswirkung
Sommer						
Herbst						
Winter						
Liegen						
Stehen						
Sitzen						
Ruhe						
Bewegung						
Anstrengung						
Trost						
Weinen						
Zeitdruck						
Leistungsdruck, Prüfungen						
Wochenende, Urlaub						
Allein sein						
Menschenmengen						
Gesellschaft						
Helles Licht						
Dunkelheit						
Geräusche (welche?)						
Gerüche (welche?)						
Musik						
Tanzen						
Berührung						
Sexualität						
Enge Kleidung (wo?)						
Reisen						
Insektenstiche (Allergie?)						
Tiere (welche?)						
Alkohol						
Drogen (welche?)						
Auto fahren						
Schiff fahren						

	sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ	Art der Auswirkung
Fliegen						
Hohe Orte (Türme, etc)						
Fahrrad fahren						
Brücken						
Fasten						
Warme Getränke						
Kalte Getränke						
Warme Speisen						
Kalte Speisen						

Gibt es Tageszeiten oder Uhrzeiten zu denen Sie sich generell besonders gut oder schlecht fühlen oder bei denen Beschwerden gehäuft auftreten?

Gibt es weitere Faktoren, die Sie positiv oder negativ beeinflussen?

HUNGER, DURST UND NAHRUNGSMITTEL

Wie viel trinken Sie pro Tag in etwa? Haben Sie viel oder wenig Durst? Trinken Sie viel auf einmal oder in kleineren Schlucken? Was trinken Sie besonders gerne und was mögen Sie nicht?

Wann haben Sie Hunger? Wie ist Ihr Appetit? Wie schnell oder langsam essen Sie? Wie reagieren Sie auf Hunger?

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle an, wie gerne oder ungerne Sie die folgenden Nahrungsmittel mögen. Bitte geben Sie auch an, falls ein Nahrungsmittel bei Ihnen Unverträglichkeitsreaktionen auslöst und wenn ja, welche.

Bitte kennzeichnen Sie den Grad von Verlangen/Abneigung/Unverträglichkeit mit einer Anzahl von Kreuzen: XXX = sehr stark XX = stark X = etwas

Nahrungsmittel	Verlangen	Abneigung	Unverträglichkeit
Bitteres (z.B. Chicoree)			
Salz			
Süßes			
Schokolade			
Saures			
Scharfe Speisen			
Bananen			
Äpfel			
Käse			
Fett, Butter			
Sahne			
Fisch			
Fleisch			
Milch			
Gemüse			
Salat			
Sonstiges Obst			
Orangen			
Gebratenes			
Geräuchertes			
Oliven			
Eier (weich oder hart?)			
Kohl			
Zwiebeln			
Kartoffeln			
Knoblauch			
Nudeln			
Brot			
Wein			
Bier			
Tee			
Kaffee			
Eiskalte Getränke			

Nahrungsmittel	Verlangen	Abneigung	Unverträglichkeit
Heiße Getränke			
Alkohol allgemein			
Eis/Eiscreme			
Rohe Speisen			

ALLGEMEINE FRAGEN

Nehmen Sie momentan oder haben Sie in Ihrem Leben eine oder mehrere der Folgenden Substanzen eingenommen (bitte unterstreichen)?

Tabak, Kautabak, Alkohol regelmäßig in größeren Mengen, Schlafmittel, Abführmittel,

Drogen wie Cannabis, Kokain, Heroin, Speed, Extasy, etc. (andere?)

Wie ist ihr Wärmeempfinden? Ist Ihnen schnell zu kalt oder zu warm? Gibt es Körperteile die besonders heiß/kalt sind?

Wie viel schwitzen Sie? Gibt es Körperteile an denen Sie besonders viel/wenig schwitzen? Ist Ihnen schon mal ein bestimmter Geruch oder eine Färbung Ihres Schweißes aufgefallen? Hinterlässt Ihr Schweiß Flecken o.ä. in der Kleidung?

Gibt es andere Körperabsonderungen, die besonders viel/wenig auftreten (z.B. Tränen, Ohrenschmalz, etc.)? Wenn ja: wie ist deren Beschaffenheit? (Farbe, Geruch, Konsistenz, etc.)

Wie oft haben Sie Stuhlgang? Treten dabei Schmerzen oder Schwierigkeiten auf (z.B. erfolgloses Pressen, Blutungen am After, etc.)? Gibt es bestimmte Uhrzeiten zu denen Sie regelmäßig Stuhldrang haben? Wie sind Farbe, Konsistenz und Geruch Ihres Stuhls?

Bei Frauen: Gibt es Probleme mit der Regel? Haben Sie Schmerzen dabei? Gibt es Beschwerden vor der Regel (PMS)? Wie lange dauert die Regel und wie stark ist sie? Welche Farbe, Konsistenz oder evtl. Geruch hat sie? Beeinflusst Ihre Regel Ihre Stimmung, Ihren Appetit o.ä.? Wie alt waren Sie, als Ihre Regel zum ersten Mal eintrat?

Bei Frauen: Haben Sie Ausfluss? Wenn ja: wie viel, wie oft, hat er eine bestimmte Farbe, Konsistenz oder Geruch? Färbt er die Wäsche?

Stören Sie Gürtel, Krawatten, Ketten, Rollkrägen oder andere enge Kleidungsstücke? Gibt es Kleidung (z.B. Wollkleidung o.ä.) die Sie meiden?

In welcher Position schlafen Sie? Gibt es eine Position in der Sie gar nicht schlafen können? Bevorzugen Sie das Fenster offen oder geschlossen und den Raum dunkel oder lieber etwas heller? Wie groß ist Ihr Schlafbedürfnis? Schlafen Sie nachts durch oder ist der Schlaf gestört? Wenn ja: wie? Gibt es bestimmte Tages- oder Nachtzeiten zu denen Sie oft müde sind oder aber nie schlafen können? Wie fühlen Sie sich beim Erwachen?

Wie gut sind Ihre Konzentration, Ihr Gedächtnis und Ihre geistige Energie?

Für Frauen: Wie verhüten Sie? Haben Sie die Pille genommen/nehmen Sie die Pille und wenn ja, wie vertragen Sie diese?

GEMÜT

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die folgenden Emotionen/(geistigen) Eigenschaften an sich selbst kennen (XXX = sehr häufig und intensiv, XX = manchmal, X = selten).

	sehr oft/intensiv	oft	manchmal	selten/gar nicht
Eifersucht				
Angst/Sorgen (wovor?)				
Zweifel (woran?)				
Misstrauen				
Ungeduld				
Nachtragend				
Stolz				
Traurigkeit				
Weinen				
Aggressionen				
Zorn				
Fröhlichkeit				
Nervosität				
Vergesslichkeit				
Unordnung				
Verlangen nach Sauberkeit				
Pünktlichkeit				
Schüchternheit				

Mögen Sie Gesellschaft?

Mögen Sie Trost?

Was macht Sie wütend?

Welche Pläne haben Sie für die Zukunft? Wie sieht Ihre Zukunft vor Ihrem inneren Auge aus?

Welche Eigenschaften mögen Sie an Anderen?

Und welche Eigenschaften mögen Sie an anderen Menschen nicht?

Gibt es abschließend noch etwas, was Sie mir mitteilen möchten oder was Ihrer Meinung nach wichtig für die Behandlung sein könnte?