

Homöopathischer Fragebogen

Der homöopathische Fragebogen dient zur Vorbereitung auf ein Gespräch bzw. um sich zu informieren, was während einer Anamnese gefragt wird.

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen ist umfangreich und erfordert einige Zeit und Mühe (sowohl für Sie, als auch für Ihre Behandlerin). Bitte nehmen Sie sich diese Zeit und gehen Sie den Fragebogen in Ruhe durch.

Es bietet sich an, die Beantwortung des Fragebogens zeitmäßig zu verteilen, da der Fragebogen aus mehreren Teilen besteht. Lesen Sie sich bitte jede Frage genau durch und überlegen Sie einen Moment, ob etwas davon zutrifft.

Je genauer, feiner und umfassender das Gesamtbild Ihrer Beschwerden und Charakteristika wird, umso sicherer und schneller kann das für sie passende homöopathische Mittel gefunden werden. Alle Fragen sollten daher zutreffend und unbefangen beantwortet werden. Natürlich brauchen Sie nur die Fragen zu beantworten, die in Ihrer Erstanamnese noch nicht zur Sprache kamen bzw. die überhaupt auf Sie zutreffen. Sie können die Fragen auf der Rückseite des Fragebogens beantworten oder freie Blätter zur Beantwortung benutzen. Bitte notieren Sie bei jeder Antwort die Nummer der Frage!

Es genügt, wenn Sie in Stichwortform antworten, da Ihre Behandlerin ggf. Genaueres im Gespräch mit Ihnen nachfragen kann. Dennoch ist es gut, wenn Sie so genau wie möglich jeweils beschreiben, wo, wann und unter welchen Umständen einzelne Beschwerden auftreten. Schauen Sie sich als Erinnerungshilfe die angegebenen Beispiele an, doch beachten Sie dabei, daß die Beispiele nicht vollständig sind und Ihre Beschwerden auch ganz anderer Art sein können.

Da auch frühere Krankheitserscheinungen wichtig sind, prüfen Sie jede Frage nicht nur in Bezug auf ihr derzeitiges Leben, sondern auch in Bezug auf Ihre Vergangenheit.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bemühung!

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie?
2. Welche Medikamente nehmen Sie ein?
3. Wann geht es Ihnen tageszeitlich am schlechtesten? Morgens? Mittags? Abends? Nachts? Uhrzeiten? Nach dem Erwachen? Nach dem Schlaf? Etc.
4. Wie reagieren Sie auf das Wetter? Kalt - warm - feucht - trocken - neblig - Wind? Föhn? Zugluft? Sonne? Schneefall? Wetterwechsel? Gewitter? Temperaturwechsel?
5. Wie reagieren Sie auf Wärme: Warme Räume? Sonne? Warmes Baden? Sauna? Bettwärme? Warme Kleidung?
6. Wie reagieren Sie auf Kälte? Entblößung? Kaltes Wasser? Kalte Getränke oder Speisen?
7. Neigen Sie zu Erkältungen? Kalte Füße? Kalte Körperstellen?
8. Wie ist ihr Verlangen nach frischer Luft?
9. Wie ist es mit dem Schwitzen? Allgemein, an bestimmten Körperstellen, nachts? Unterdrückter Schweiß? (Fuß - oder Achselschweiß mit Puder oder Deodorants?)
10. Verlangen nach Bewegung? Wie geht es im Stehen? Sitzen? Liegen? (links - rechts- am Rücken) beim Gehen? (langsam - schnell)
11. Wie reagieren Sie auf das Meer? Gebirge?
12. Was macht Kleiderdruck? Berührung? Druck? Gürtel? Kragen?
13. Wie geht es Ihnen beim Fahren?
14. Wie ist der Appetit?
15. Wie ist Ihr Verlangen nach bestimmten Speisen? (süß - sauer - salzig - scharf) Fleisch, Süßigkeiten?
16. Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Speisen?
17. Gibt es irgendwelche Unverträglichkeiten bei Speisen? (Fett, Süßes, Blähendes, Kaltes, Milch, Obst, Brot, etc.)
18. Wie ist Ihr Durst? Alkohol? Kaffee?
19. Haben Sie Hunger zu bestimmten Uhrzeiten?

20. Diese Fragen können sich auf das Allgemeinbefinden beziehen, aber auch auf Veränderungen während jeder einzelnen Beschwerde, die Sie haben. Bei jeder Beschwerde ist besonders darauf zu achten:

- wodurch diese Beschwerde ausgelöst wird (Ärger, Kummer, kaltes Wetter, Zugluft, Schwitzen, etc.)
- wo die Beschwerde am Körper genau auftritt (Kopf rechts)
- unter welchen Umständen sie auftritt, wodurch sie gebessert oder verschlimmert wird (Liegen, Gehen, Kälte, etc.)
- die genaue Empfindung oder Beschreibung der Beschwerde (stechend, brennend, wässriger Durchfall, trockener Husten, etc.)
- und ob es irgendwelche Begleitsymptome gibt, die gleichzeitig mit dieser Beschwerde auftreten (z.B. bei Kreuzschmerzen auch Übelkeit).

21. Rauchen Sie?

22. Wie ist die Wundheilung?

Besteht bei Ihnen eine Blutungsneigung? (Nasen- Zahnfleischbluten, blaue Flecke auf der Haut?)

23. Besteht eine Ohnmachtneigung? Wenn ja, wann?

24. Wie ist die Regelblutung beschaffen? Ist sie regelmäßig, stark - schwach, hell - dunkel, zu früh - zu spät? Gibt es Veränderungen vor - während - am Beginn - oder nach der Regel? (Kreuzschmerzen, Stimmungsschwankungen, Brustspannen, etc.)

25. Gibt es sexuelle Probleme?

Wichtig ist auch die Änderung der Stimmung während der Krankheit, bzw. die Frage nach der auslösenden Ursache der Krankheit im Seelischen:

26. Was war der größte Kummer Ihres Lebens?

27. Gibt es tageszeitliche Schwankungen, wo Sie sich traurig, ängstlich, verzweifelt fühlen? (Morgens, nach dem Schlaf, abends, etc.)

28. Wie ist es mit Weinen?

Wie reagieren Sie auf Trost?

29. Was kann Sie ärgern? Gibt es Verdruss? Gibt es Menschen, denen Sie nicht verzeihen können?

30. Sind Sie eifersüchtig?

31. Gibt es Ängste in Ihrem Leben? Waren Sie als Kind ängstlich?

32. Können Sie Ihren Charakter etwas beschreiben?

33. Wie waren Sie als Kind?

34. In welchen Situationen können Sie sich fürchten? (Dunkelheit, Gewitter, fremde Hunde, Furcht vor Höhen, Einbrechern, Krankheiten, Tod, etc.)

35. Wie reagieren Sie auf die Mitmenschen? Sind Sie gesellig oder lieber allein?

36. Wenn Sie Kummer haben, wollen Sie mit jemandem darüber sprechen oder versuchen Sie, Probleme allein zu bewältigen?

37. Wie reagieren Sie auf Menschenansammlungen, in engen Räumen, etc.?

38. Können Sie warten? Sind Sie ungeduldig? Hastig, eilig? Soll alles schnell gehen oder sind Sie langsam, gemütlich?

39. Leiden Sie unter den Folgen von Kummer, Kränkung, Enttäuschung, Ärger?

40. Ist Ihnen Ordnung wichtig oder weniger wichtig?

41. Wie reagieren Sie auf Widerspruch?

42. Wie reagieren Sie, wenn Sie Trauriges über andere Menschen hören oder von Schicksalsschlägen erfahren, die andere betreffen?

43. Wie reagieren Sie auf schlechte Nachrichten im Fernsehen, Horrorfilme, Krimis, etc.?

44. Gibt es Stress in Ihrem Leben? Probleme am Arbeitsplatz, mit den Nachbarn, etc.?

45. Familiäre Probleme? Beziehungsprobleme?

46. Wie ist Ihr Schlaf?

47. Gibt es im Schlaf Auffallendes? (Speichelfluss, Schwitzen, Zähneknirschen, offene Augen, etc.)

48. Gibt es bestimmte Uhrzeiten, zu denen Sie erwachen?
49. Schlafstörungen: Einschlafen, Nicht-Einschlafen-Können nach Erwachen, etc.
50. Schlaflage (Rücken-, Bauch-, seitlich)
51. Träume?
52. An welchen Krankheiten haben Sie früher gelitten?
53. Operationen?
54. Unfälle, Verletzungen?
55. Reaktion auf Impfungen?
56. Bei Kindern: Wie ging es der Mutter während der Schwangerschaft? (Medikamente, Krankheiten, Stimmung?) Wie war die Geburt? Gab es in der ersten Lebenszeit Probleme? (Schreiphasen, Blähungskoliken, Tränengangverengung, Hüftprobleme, etc.) Wie war die Entwicklung? (Laufen- Sprechenlernen, Zahnung, Sauberwerden, etc.)
57. Krankheiten in der Familiengeschichte: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Asthma, Allergien, Hautkrankheiten, Tuberkulose, etc.

Kopf zu Fuß - Schema:

Man geht den Körper von oben nach unten durch, um sich zu vergewissern, nichts Wichtiges vergessen zu haben: Kopf - Augen - Ohren - Nase - Nasennebenhöhlen - Mund - Lippen - Zunge - Zähne - Rachen - Schilddrüse - Brust - Herz - Lunge, Atmung - Magen - Leber, Gallenblase - Bauch - Stuhlgang - Niere - Blase - Harnlassen - Prostata - After - Rücken, Wirbelsäule - Gelenke - Haut - Krampfadern - Nägel)