

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

(von Matthias Richter)

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Kinder/Jahrgänge: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____ Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Haarfarbe: _____ Kranken-Versicherung: _____

Bitte legen Sie dem Fragebogen ein Farbfoto von sich bei. Bogen und Behandlung unterliegen der Schweigepflicht. Beantworten Sie nur die Fragen, bei denen Ihnen eigene Besonderheiten oder Symptome auffallen. Wenn etwas „normal“ ist, muss es nicht extra erwähnt werden.

A. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in homöopathische Behandlung?

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? Berichte usw. bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

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

B. In der Familie

Hat es bei Ihren **Vorfahren**, Geschwistern, sonstigen Blutsverwandten auffällige oder schwerwiegende Krankheiten gegeben? z.B. Krebs, psychische oder Geisteskrankheiten, Selbstmord, Süchte, Medikamentenmissbrauch, Impfschäden, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Gicht, Rheuma, Steinleiden (Nieren-/Gallensteine), Leberkrankheiten, Magen-Darm-Beschwerden, Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Hautkrankheiten, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern / Großeltern?

C. Ihre eigene Vergangenheit

Welche **Infektions-** oder **Kinderkrankheiten** haben Sie durchgemacht? Welche besonders stark, wann, blieb etwas zurück? Welche antibiotisch behandelt?

Welche **Impfungen** haben Sie bekommen? Hatten Sie Impfreaktionen? Sind die Pockenimpfungen angegangen? Bitte den **Impfpass** mitbringen!

Welche **Operationen** wurden durchgeführt und wann war das?

Hatten Sie **Verletzungen**? z.B. auch Kaiserschnitt, Zangengeburt, Kopfverletzungen, Knochenbrüche, andere Unfälle, Schock usw.?

Was wissen Sie noch aus Ihrer **Kindheit**? gab es z.B. Auffälligkeiten in Ihrer körperlichen oder geistig-emotionalen Entwicklung? Hatten Sie besondere Ängste oder Verhaltensauffälligkeiten? Prägende Erlebnisse oder Traumatisierungen?

Hat es in Ihrer Vergangenheit in **bestimmten Regionen** oder **Funktionen** schon einmal stärkere Beschwerden gegeben (bitte unterstreichen und gegebenenfalls erläutern): Psyche, Schwindel, Kopf, Augen, Sehfähigkeit, Ohren, Hörfähigkeit, Nase, Geruchssinn, Gesicht, Mund, Zähne, Zunge, Mandeln, Hals, Schilddrüse, Magen, Bauch, Leber, Gallenblase, Darm, Bauchspeicheldrüse, Verdauung, Stuhlgang, Nieren, Blase, Prostata, Gebärmutter, Eierstöcke, Brüste, Genitalien, Kehlkopf, Atmung, Husten, Lungen, Herz, Kreislauf, Rücken, Arme und Beine, Muskeln, Gelenke und Knochen, Haut, Fieber, Schwitzen/Frieren, Sonstiges? Können Sie das erste Auftreten dieser Beschwerden zeitlich (ungefähr) zuordnen?

D. Allgemeines

Gibt es bestimmte **Zeiten**, zu denen es Ihnen deutlich besser oder schlechter geht? Tageszeiten, Jahreszeiten, Mondphasen, bestimmte Zeitrhythmen?

Treten Ihre Symptome bevorzugt auf einer **Körperseite** auf, also tendenziell immer nur links oder rechts? Sind Sie Links- oder Rechtshänder, Beidhänder oder wurden Sie einmal umerzogen?

Leiden Sie unter **Wetterfühligkeit**? Reagieren Sie auf Wetterwechsel und wenn ja von trocken zu feucht oder umgekehrt? Von kalt zu warm oder umgekehrt? Spüren Sie Tiefdruckgebiete oder Gewitter vorher schon? Wie kommen Sie mit Sturm, Wind, Gewitter klar? Brauchen Sie unbedingt frische Luft? Geht es Ihnen am Meer oder in den Bergen deutlich besser/schlechter? Gibt es bestimmte Klimagebiete, die Sie nicht vertragen oder in denen Ihre Beschwerden besser werden? Was genau tritt dann bei Ihnen auf?

Sind Sie jemand, dem tendenziell eher **zu kalt** oder **zu warm** ist? Sind Sie als erster mit einer dicken Jacke unterwegs, wenn es kühler wird oder tragen Sie noch Sommersachen, wenn alle anderen schon wärmer angezogen sind? Ist Ihnen an bestimmten Stellen schnell zu kalt oder zu warm, z.B. Hände, Füße, Nasenspitze oder sonst wo?

Neigen Sie leicht zum **Schwitzen**, oder schwitzen Sie eher gar nicht? Ist Ihr Schweiß Ihnen selbst unangenehm, erleichtert er eher, tritt er an bestimmten Körperstellen bevorzugt auf, ist der Schweiß warm oder eher kühl, tagsüber, nachts, in bestimmten Situationen vermehrt, riecht der Schweiß stark und wenn ja, wonach?

Fühlen Sie sich **körperlich fit**? Wenn nicht, wie weit (in Prozent) sind Sie von Ihrer ursprünglichen Leistungsfähigkeit entfernt?

Leiden Sie unter bestimmten **Überempfindlichkeiten**, z.B. gegen Gerüche, Geräusche, Licht, Berührung, anderen äußeren Einflüssen? Haben Sie besondere Allergien oder Unverträglichkeiten?

Verschlimmern oder verbessern bestimmte **Körperhaltungen oder -verrichtungen** Ihren Zustand deutlich? Z.B. Ruhe, Bewegung, körperliche Anstrengung, Sport, Tanzen, leichte Bewegung, schwere körperliche Arbeit, Liegen, Stehen, Sitzen etc.?

Leiden Sie unter **Kreislaufstörungen**? Ist Ihr Blutdruck im normalen Bereich? Wird Ihnen schnell schwarz vor den Augen? Sind Sie schon öfters umgekippt oder ohnmächtig geworden? Ist Ihnen öfters schwindelig, leiden Sie unter **Reisekrankheit**, z.B. beim Fliegen, auf dem Schiff, im Auto, im Bus, in der Bahn, etc.?

Wie ist es mit der Neigung zu **Krämpfen**? Z.B. der Muskulatur? Haben Sie öfters Wadenkrämpfe oder krampfartige Erscheinungen, Zuckungen, Muskelhüpfen, Sehnenhüpfen, Lidzucken, Grimassieren, Tics, unwillkürliche Bewegungen etc.? An welchen Stellen, zu welchen Zeiten, in welchen Situationen? Haben Sie schon einmal **Krampfanfälle** oder epileptische Anfälle gehabt? Wenn ja, wie sind diese genau verlaufen, unter welchen Umständen?

Neigen Sie zu **Blutungen**, blauen Flecken, Wundheilungsstörungen, Blutmangel (Anämie)? Kommt es wiederkehrend zu **Absonderungen** aus bestimmten Körperteilen?

Wie ist es mit Ihrem **Schlaf**? Ist er gestört? Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, gibt es bestimmte Zeiten? Bessert Schlaf, oder fühlen Sie sich nach langem Schlaf unerholt? Wachen Sie leicht auf, wie fühlen Sie sich morgens beim Erwachen? Bessert ein kurzes Nickerchen? Schlafen Sie bevorzugt auf einer bestimmten Seite oder können Sie auf einer bestimmten Seite gar nicht liegen? Schlafen Sie zugedeckt oder müssen Sie sich abdecken? Wenn ja, welche Körperteile? Brauchen Sie nachts frische Luft, auch im Winter? Zucken, schreien, lachen, sprechen oder schlagen Sie im Schlaf? Schnarchen Sie? Knirschen Sie mit den Zähnen? Machen Sie sonst etwas auffälliges im Schlaf?

Können Sie sich an Ihre **Träume** erinnern? Gibt es Träume, die regelmäßig wiederkehren, z.B. von Wasser, Feuer, vom Fliegen, vom Fallen, vom Tod, anderes? Leiden Sie öfters unter Alpträumen?

Wie steht es mit Ihrer **Sexualität**? Empfinden Sie Ihre Sexualität als „normal“, sind Sie zufrieden damit, oder gibt es Besonderes? Z.B. vermindertes oder vermehrtes sexuelles Verlangen? Partnerschaftsprobleme, zwanghafte Verhaltensweisen, Impotenz, Traumatisierungen in diesem Bereich (Missbrauch oder anderes)?

E. Körperregionen

Kopf: z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Probleme auf der Kopfhaut, Haarausfall, Schuppenbildung, Juckreiz, Kopfschweiß, Blutandrang zum Kopf, Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut etc.

Augen: z.B. Augenentzündungen, Sehstörungen, Lichtempfindlichkeit, Trockenheit, übermäßiger Tränenfluss, Schielen etc.

Ohren: z.B. Ohrenentzündungen, Ohrenschmerzen, Hautausschläge, Absonderungen, Ohrgeräusche (Tinnitus), Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit etc.

Nase: z.B. Hautausschläge, Nasenbluten, wiederkehrende Infekte, Nasennebenhölenentzündungen, Krusten in der Nase, Geruchssinn gestört

Gesicht: z.B. Hautausschläge, Blutandrang zum Gesicht, Schweiß, Gesichtsfarbe, fettige oder trockene Gesichtshaut

Mund: z.B. zu wenig oder zu viel Speichelfluss, besonderer Mundgeschmack – oder Geruch, Lippenherpes, trockene Lippen, eingerissene Mundwinkel, Zahneindrücke auf der Zunge, Risse auf der Zunge, Zahnfehlstellungen, Karies, sonstige Zahnprobleme etc.

Hals: z.B. Beschwerden mit den Mandeln, Schilddrüsenprobleme, Heiserkeit, Kehlkopfentzündungen, Schwellungen der Lymphknoten

Atemwege: z.B. Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, Pseudokrapp, auffällige Röntgenbefunde etc.

Herz: z.B. Puls, Blutdruck, Rhythmusstörungen, Herzklopfen, Herzschmerzen, Herzschwäche, Klappenfehler, etc.

Magen: z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Magengeschwüre,

Appetit: z.B. Appetitstörungen, Essstörungen? Nehmen Sie schnell zu, wenn Sie normal essen, oder können Sie viel essen und nehmen gar nicht zu? Können Sie längere Zeit nichts essen, oder müssen Sie regelmäßig Speisen zu sich nehmen? Können Sie morgens früh schon essen?

Welche **Speisen oder Getränke** mögen Sie besonders gerne oder haben sogar Heißhunger darauf?

Welche Speisen verabscheuen Sie geradezu oder finden sie ekelig?

Gibt es beim Essen oder Trinken etwas, was sie nicht oder schlecht vertragen? Was passiert dann?

Haben Sie eine besondere Vorliebe oder Abneigung gegenüber den Geschmacksrichtungen süß, salzig, scharf, sauer, bitter?

Wie ist Ihr Trinkverhalten? Trinken Sie eventuell zu viel oder zu wenig? Lieber warm oder kalt?

Wie gehen Sie mit Stimulanzien, Anregungsmitteln, Sucht- und Betäubungsmitteln um? z.B. Tee, Kaffee, Alkohol, Tabak, Cannabis, anderes? Hatten Sie schon besondere Erlebnisse mit sogenannten Drogen?

Haben Sie Probleme im Bereich des **Bauches** und seiner **Organe**? z.B. Darmentzündung, Reizdarm, Leber-/Gallenbeschwerden, Bauchspeicheldrüsenleiden, Blinddarmentzündung oder -reizung, Bauchauftreibung, Blähungsbeschwerden, Nabel- oder Leistenbrüche, Nabelabsonderungen,etc.

Wie ist die **Verdauung**? Gibt es auffällige Verstopfung oder die Neigung zu Durchfällen? Hat der Stuhl eine besondere Beschaffenheit, Farbe, Form, Geruch? Nehmen oder nehmen Sie verdauungsregulierende Medikamente oder Speisen zu sich? Wenn Sie „müssen“, können Sie den Stuhl zurückhalten oder ist das schwierig? Haben Sie Stuhlabgang, wenn Sie eine Blähung loslassen? etc.

Hämorrhoiden: gab oder gibt es da Probleme?

Wurden Hämorrhoiden schon einmal verödet oder mit einer Salbe behandelt?

Gib es Probleme beim **Wasserlassen**? z.B. müssen Sie bei Harndrang sofort auf Toilette, damit sie keinen Urin verlieren? Geht Ihnen beim Husten, Lachen, Hüpfen oder Niesen etwas in die Hose? Wie oft müssen Sie in der Nacht raus? Ist der Harnstrahl sehr schwach, kommt der Urin nicht richtig in Gang, wenn Sie auf einer öffentlichen Toilette sind, Tröpfelt es nach, wenn Sie eigentlich schon fertig sind? Ist der Harnstrahl gegabelt? Ist der Urin auffällig hell, dunkel, riechend, schaumig, blutig, hat er einen Bodensatz etc.

Männliche Genitalien: Prostata, Hoden, Penis, Eichel, Vorhaut. Gab oder gibt es an diesen Orten Auffälligkeiten?

Weibliche Genitalien: Scheide, Eierstöcke, Gebärmutter, weibliche Brust. Gab oder gibt es an diesen Orten Auffälligkeiten? z.B. Zysten, Myome, Feigwarzen, Polypen, Brustknoten, Brustentzündungen, Stillschwierigkeiten etc.

Was ist mit **Ausfluss**? Gibt es dabei Besonderheiten oder Probleme? Kommt der Ausfluss zu bestimmten Zeiten, z.B. immer vor oder nach der Regel, hat er eine besondere Beschaffenheit, Geruch, Farbe etc.. Ist er wundmachend oder reizend? Wurde ein Ausfluss schon einmal mit Medikamenten oder anderen Maßnahmen behandelt? Sind schon einmal Pilze, Chlamydien, Trichomonaden oder Papillomviren diagnostiziert worden?

Haben Sie Probleme mit der **Menstruation**? z.B. zu starke Blutung oder zu schwache. Beschwerden vor, zu Beginn, während oder nach der Regel? Welche genau? Kommt die Menses regelmäßig oder zu spät/zü früh/unregelmäßig? Gibt es Zwischenblutungen?

Nehmen Sie etwas zur **Empfängnisverhütung**? z.B. Pille, Spirale (Kupferspirale oder Hormonspirale), anderes?

Gab es Besonderheiten oder Beschwerden in den Zeiten von **Pubertät, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahren**? Welche?

Wurde schon einmal eine **Abtreibung** vorgenommen oder gab es **Fehlgeburten**? Wann? Gab es dabei oder danach Schwierigkeiten?

Bewegungsapparat/Rücken:

Sind sie gut beweglich oder haben Sie Schmerzen und Einschränkungen bei bestimmten Bewegungen? Kommen Sie erst nach einer gewissen Anlaufzeit in Schwung und die Beschwerden ab, wenn sie sich eine Zeit lang bewegt haben? Wo genau haben Sie Beschwerden? Tun Sie etwas für Ihre Beweglichkeit?

Leiden Sie unter **Krampfadern**? Wurde da schon mal operiert oder anderweitig eingegriffen?

Schlafen Ihnen öfters Hände/Füße oder andere Körperstellen ein? Oder gibt es in diesen Bereichen **Taubheitsgefühle, Kribbeln, Ameisenlaufen** oder andere Missempfindungen?

F. Psychische Symptomatik

Gibt es bei Ihnen besondere **Ängste**? z.B. vor bestimmten Situationen, vor Tieren, im Dunkeln, vor dem Alleinsein, vor Gewitter, vor Menschen, Angst zu versagen, vor Höhe, vor Wasser, in einer Menschenmenge, in engen Räumen, auf offenen Plätzen, beim Autofahren, etc.?

Wie gehen Sie mit **Ärger, Wut** und ähnlichen Empfindungen um? Neigen Sie dazu, sich schnell über Dinge aufzuregen, oder sind Sie eher gelassen? Lassen Sie Ihre Wut heraus oder „kochen“ Sie innerlich und zeigen es nicht nach außen?

Neigen Sie zu **Traurigkeit** oder **Depressionen**? Wie gehen Sie damit um? haben Sie manchmal Selbstmordgedanken? Können Sie weinen? Bessert Weinen bei Ihnen? Können Sie sich trösten lassen?

Hat sich Ihr **Gemütszustand** seit Beginn Ihrer Erkrankung (wegen der Sie in homöopathische Behandlung kommen) geändert?

Sind Sie eher:

- ordentlich/unordentlich
- ruhig/unruhig
- eilig/langsam
- geduldig/ungeduldig
- ehrgeizig/genügsam
- perfektionistisch/locker
- nachtragend/vergebend
- kommunikativ/schüchtern
- gesprächig/verschlossen
- verletzlich/unempfindlich
- willensstark/-schwach
- durchsetzungsfähig/nachgiebig
- verschwenderisch/geizig
- intolerant/tolerant

Wie viel Wert legen Sie auf Ihre **äußerliche Erscheinung**?

Spielen **Neid** oder **Eifersucht** bei Ihnen eine Rolle?

Halten Sie sich streng an **Regeln** oder sind Ihnen Regeln manchmal nicht so wichtig?

Sind sie sehr **schreckhaft**?

Lieben Sie Ihren **Beruf**?

Zeigen Sie eine ausgeprägte **Sammelleidenschaft**?

Wie steht es mit Ihren **geistigen Funktionen**? Fühlen Sie sich voll auf der Höhe, oder haben Sie in bestimmten Bereichen Schwierigkeiten? z.B. Vergesslichkeit, Konzentration, Rechnen, Lesen, Schreiben etc.

Sind Sie eher **Optimist** oder **Pessimist**?

Was war Ihr **größter Kummer** / Ihr **größtes Trauma** bisher?

Sind Sie gerne **allein**, oder brauchen Sie immer Menschen um sich herum?

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

Wie verbringen Sie gerne Ihre Freizeit / haben Sie **Hobbys**?

Was würden Sie als Ihre **Stärken** benennen?

Was sind Ihre **Schwächen**?

Haben Sie irgendwelche besonderen Eigenschaften, im Positiven oder Negativen, die man als sogenannte „**Macken**“ bezeichnen würde?

Wie würden andere, Ihnen nahestehende Menschen Sie charakterisieren?

Wenn Sie – wie im Märchen – **drei Wünsche** frei hätten und dürften nicht lange überlegen, was würden Sie sich spontan wünschen?