

Homöopathischer Fragebogen für Erwachsene

BITTE GEBEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN IN DER PRAXIS AB ODER
SENDEN SIE IHN AN: NATURHEILPRAXIS-ROLLE@FREUNET.DE

Liebe(r) Patient(in),

sie sind hierhergekommen, damit Sie gesund werden oder zumindest eine Besserung Ihrer Beschwerden erfahren. Deshalb möchte ich das am besten passende homöopathische Arzneimittel für Sie finden. Um dies zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen, denn **das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome ermittelt.**

Daher sollten Sie ganz frei und möglichst vollständig die Fragen beantworten. Keine der Fragen ist unnötig und dient lediglich zur Findung des Arzneimittels. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und in keiner Datenbank gespeichert.

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Welche Beschwerden bringen sie zu mir, seit wann bestehen diese, was haben Sie bisher dagegen getan?

(Antibiotika, Cortison, Psychopharmaka, Tee, Komplexmittel usw.)

1. Wodurch ausgelöst) z.B. Träume, seelischen Schock, Ärger, Erregung, nasse Füße, Zugluft, Unterdrückung, Impfung usw.

2. Wo sind die Beschwerden oder Empfindungen?

3. Wie sind die Beschwerden oder Empfindungen? z.B. brennend, klopfend, stechend usw.

4. Wodurch besser – schlechter? z.B. ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, Liegen, Essen, Schlafen, Fahren usw.

5. Wann treten die Beschwerden auf?

6. Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch geändert? z.B. Appetit, Psyche, Schlaf, Begleitsymptome usw.

7. Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (z.B. Einnahme von Kieselerde, Blütenpollen, Vitaminpräparate, Kräuter oder Entschlackungstee, Heublumen- Schwefel- Moorbäder, Kneipische Anwendungen, Schlankheitsmittel) Behandeln Sie akute Erkrankungen selbst und mit was?



ALLGEMEINSYMPTOME

1. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich am schlimmsten?

2. In welcher Jahreszeit fühlen Sie sich weniger wohl?

3. Wie vertragen Sie heißes, kaltes, trockenes und nasses Wetter?

4. Was macht Ihnen Nebel aus?

5. Wie vertragen Sie Sonneneinwirkung?

6. Was macht Ihnen Wetterwechsel aus? Warm auf kalt oder kalt auf warm? Reagieren sie auf den Mond?

7. Wie ist es mit Schnee?

8. Welche Art von Klima ist Ihnen unangenehm? Wo möchten Sie Ihre Ferien verbringen?

9. Wie fühlen Sie sich vor, während und nach einen Gewitter?

10. Wie reagieren Sie auf Nordwind, Südwind oder Wind im Allgemeinen?

11. Wie vertragen Sie Zugluft und Temperaturwechsel?

12. Wie ist es mit Wärme im Allgemeinen, Bettwärme, Zimmer- oder Ofenwärme?

13. Wie reagieren Sie auf Temperaturextreme?

14. Welchen unterschied machen Sie in der Kleidung in Winter?

15. Neigen Sie zu Erkältungen im Winter und in den anderen Jahreszeiten?

16. Halten Sie Ihr Fenster nachst geöffnet oder geschlossen?



17. Welche Körperlage nehmen Sie am liebsten ein: Liegen, Sitzen oder Stehen?

18. Wie fühlen Sie sich, wenn sie kurze Zeit gestanden oder gekniet haben?

19. Welche Sportarten betreiben Sie?

20. Wie vertragen Sie Autofahren, Fliegen oder Schiffsreisen?

21. Wie fühlen Sie sich vor, während und nach den Mahlzeiten?

22. Wie steht es mit Ihrem Appetit, wie fühlen Sie sich, wenn Sie kein Essen zu sich nehmen?

23. Wie steht es mit dem Durst? Welche Mengen und was trinken Sie, warm oder kalt?

24. Welche Nahrungsmittel bekommen Ihnen nicht und warum nicht? (Süßigkeiten, salzige Dinge, Saures, fette Nahrung, Eier, Fleisch, Schweinefleisch, Brot, Butter, Gemüse, Kohl, Zwiebeln, Obst, Fisch, Austern?)

25. Wie vertragen Sie Wein, Bier, Kaffee, Tee, Milch, saure Getränke?

26. Wieviel rauchen Sie täglich, und wie fühlen Sie sich nach dem Rauchen?

27. Gegen welche Arzneimittel sind Sie empfindlich oder welche vertragen Sie nicht? Was nehmen Sie an Beruhigungs- oder Schlafmitteln?

28. Welche Impfungen haben Sie durchgemacht, wie waren die Ergebnisse?

29. Wie steht es mit kalten und warmen Bädern, Seebädern?

30. Wie fühlen Sie sich an der See oder im Gebirge?

31. Beeinträchtigt ein Kragen, Gürtel oder enganliegende Kleidung ihr Befinden?

32. Heilen bei Ihnen Wunden schnell, wie lange bluten Sie? Haben Sie mit Zahnfleisch- oder Nasenbluten zu tun?



33. Bei welcher Gelegenheit wurden Sie ohnmächtig?

34. Wie bekommen Ihnen der Blick von oben - Fenster - Brücke - Leiter?

35. Wann schwitzen Sie, wie stark, wo, wie riecht Ihr Schweiß, wie sind seine Eigenschaften?

36. Manche Menschen frieren immer und fühlen sich kalt, andere fühlen sich zu warm und haben zu viel Hitze, zu welcher Gruppe gehören Sie?

GEISTESSYMPTOME

37. Was war bisher der größte Kummer Ihres Lebens? Wie lange brauchen Sie um unangenehme Erlebnisse zu verarbeiten? Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal einen großen Schock oder Schreck erlebt?

38. Welches waren die größten Freuden?

39. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich bedrückt, niedergeschlagen, traurig oder pessimistisch?

40. Wie vertragen Sie unangenehme Dinge?

41. Bei welchen Gelegenheiten weinen Sie? (Musik, Vorwürfe, grundlos, zu welcher Zeit?)

42. Welche Wirkung übt Getröstetwerden auf Sie aus?

43. Bei welcher Gelegenheit waren Sie verzweifelt?

44. Bei welchen Situationen sind Sie einmal eifersüchtig gewesen?

45. Wann oder bei welcher Gelegenheit fühlten Sie sich erschreckt oder ängstlich? (Nacht, Dunkelheit, vor gewissen Krankheiten, allein zu sein, vor Diebstahl, vor bestimmten Tieren, vor dem Tod, vor Geistern, dass Sie den Verstand verlieren, vor nächtlichen Geräuschen, vor Armut, Gewitter, Wasser usw.)

46. Wie fühlen Sie sich in einem menschenüberfüllten Raum, in der Kirche, bei einer Vorlesung, im Kaufhaus, in der Straßenbahn?



47. Werden Sie rot oder blass, wenn Sie sich ärgern, und wie fühlen Sie sich hinterher?

48. Wie vertragen Sie Warten? (ungeduldig)

49. Wie waren Ihre Beschwerden oder Wirkungen, die Kummer, Liebeskummer, Betrübnis, Verärgerung, Kränkung, Entrüstung, schlechte Nachrichten, Schreck oder Furcht folgten?

50. Wie stellen Sie sich zum Tod in Zeiten von Depressionen?

51. Sagen Sie mir alles bezüglich Übergenauigkeit und Übergewissenhaftigkeit gegenüber Kleinigkeiten.

52. Wie ist Ihr Gemütszustand vor, während und nach der Menses?

53. Haben Sie Schwierigkeiten in der geschlechtlichen Sphäre?

54. Haben sie jemals, auch in der Kinderzeit, mit Ausschlag, Drüsenerkrankungen, Flechten, Geschwüren oder sonstigen unangenehmen Erkrankungen zu tun gehabt?

VERLANGEN ODER ABNEIGUNGEN GEGEN NAHRUNGSMITTEL

55. Für welche Art von Nahrungsmittel haben Sie ein ausgeprägtes Verlangen oder Abneigung?

56. Wie steht es mit Teigwaren oder Süßwaren?

57. Wie ist es mit saurer oder stark gewürzter Nahrung?

58. Wie steht es mit reichhaltiger oder fetter Nahrung?

59. Würzen Sie gern mit Salz?

SCHLAF

60. In welcher Stellung schlafen Sie, seit wann nehmen Sie diese Stellung ein?



61. Was tun Sie während des Schlafs?(Einige Leuten sprechen, lachen, schreien, weinen, Sie sind ruhelos, erschrocken, knirschen mit den Zähnen, Sie haben den Mund oder die Augen offen, wandeln im Schlaf.)

62. Zu welchen Tageszeiten erwachen Sie, wann sind Sie schläfrig?

63. Erzählen Sie mir von Ihrem Träumen, wiederholen sich diese? Haben Sie Visionen oder Halluzinationen? Haben Sie Erfahrungen mit Rauschgiften gemacht?

MENSES

64. In welchem Alter trat die Regel erstmals auf?

65. Wie häufig ist sie?

66. Nehmen Sie die Pille oder tragen Sie eine Spirale?

67. Wie steht es mit der Dauer, der Reichlichkeit, der Farbe, dem Geruch? Ist sie klumpig usw.

68. Haben Sie mit Ausfluß zu tun? Welche Farbe, Geruch, Menge, von welcher Beschaffenheit, in Verbindung mit Schmerzen, in Verbindung mit der Regel usw.?

69. Zu welcher Tageszeit fließt die Regel am reichlichsten?

70. Wie fühlen Sie sich vor, während und nach der Regel?

KRANKENVORGESCHICHTE

71. Welche Erkrankungen hatten Sie in der Kinderzeit?

72. Was ist zu berichten über nervöse oder Geisteskrankheiten, betrübliche Erscheinungen Ihrer Familie, wie Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs, Trunkenheit, Diabetes?

73. Erzählen Sie mir über Beschwerden und Klagen, die Sie haben und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben.
