**Fragebogen zur homöopathischen Behandlung**

Es darf daher keine Frage übergangen oder nicht ehrlich beantwortet werden.

Modalitäten:

Sie sind besonders wichtig: Das heißt, jeder Einfluss, der einen Zustand bessert oder verschlimmert (zum Beispiel durch Hitze, Kälte, Ruhe, Bewegung, Lage, durch Essen, bei Tage, während der Regel, durch atmosphärische Störungen usw.).

Benützen Sie dabei möglichst Maschinen- oder Druckschrift! **Antworten** Sie in Stichworten! Vergessen Sie bitte nicht, vor jede Antwort die Nummer der entsprechenden Frage zu setzen. (Falls der Raum für die Beantwortung nicht ausreichen sollte, benützen Sie bitte einen Extrabogen und vergessen Sie auch hier nicht die Nummer der Fragen anzugeben.) Wenn das geschehen ist, dann lesen Sie den Abschnitt der Modalitäten und tragen dort alle äußeren Faktoren ein, welche Ihre Beschwerden gebessert, verschlimmert oder zum Stillstand gebracht haben. Schließlich lesen Sie auch die anderen Abschnitte über die Gemüts- und geistigen Symptome und tragen dort Ihre bemerkenswerten Beobachtungen ein.

**Name: Alter:**

**Allgemeine Fragen:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Krankheiten und Eigenschaften der Eltern und in der Herkunftsfamilie? Woran erkrankt, in welchem Alter gestorben, wie alt? |  |
| 2. Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?Seit wann bestehen Ihre Krankheitsbeschwerden? Wann, wie und wo sind sie entstanden? Welches sind die äußeren oder die inneren Umstände, die zur Auslösung Ihrer Krankheit geführt haben (Erkältung, Kälte, Wärme, Luftzug, Feuchtigkeit, Föhn, Nebel, Kummer, Wut, Ärger, Verletzungen, Unfall, unverträgliche Nahrung, Folgen besonderer Lebens- oder Arbeitsweisen usw.)? |  |
| 3. Haben Sie sonstige Empfindungen in Ihrem Körper, wie z.B. : Kribbeln, Leerheitsgefühl, Schwächegefühl, Ziehen, Beklemmungen, Gefühl des Zusammenschnürens etc.? Welches ist die genaue Stelle am Körper? Durch was werden sie hervorgerufen, verschlimmert oder gebessert? |  |
| 4. Welches sind die Zeiten des Tages oder der Nacht oder die näheren Umstände, welche Beschwerden hervorrufen, verschlimmern oder bessern (Mahlzeiten, Kälte, Hitze, Erregungen, Beschäftigungen, Regel usw.) |  |
| 5. Müssen Sie sich warm anziehen oder gar gewisse Körperteile warm einhüllen, um sich wohl zu fühlen oder um gewisse Leiden zu verringern oder besitzen Sie große Körperwärme? |  |
| 6. Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt? |  |
| 7. Bestehen diese Beschwerden beständig oder werden sie durch störungsfreie Zeiträume unterbrochen? Zu welcher Zeit des Tages oder der Nacht sind die Beschwerden am stärksten, bzw. am schwächsten ausgeprägt? |  |
| 8. Welches sind die besonderen Umstände oder Einflüsse, welche Ihre Beschwerden verschlimmern oder bessern? |  |
| 9. Wie ist der Zustand oder das Aussehen des befallenen Körperteiles bezüglich Umfang, Empfindlichkeit, Temperatur, Farbe, Trockenheit, Feuchtigkeit oder Ausfluss? |  |
| 10. Wie sind Ihre Ausscheidungen beschaffen (aus Augen, Ohren, Nase, Scheide usw.)wie sind die Menge, Farbe, Geruch, Beschaffenheit  |  |
| 11. Welches sind die üblichen Beschwerden, denen Sie am meisten unterworfen sind (Verstopfung, Durchfall, Schlaflosigkeit, Kälte- oder Hitzeempfindlichkeit, krankmachende Wirkungen von Nahrungsmitteln)? |  |
| 12. Welche Krankheiten, die Sie seit Ihrer Geburt durchgemacht haben, Bitte eine kleine chronologische Tabelle beilegen, über all Ihre Krankheiten und wichtige Ereignisse in Ihrem Leben. |  |
| 13. Welche. Arzneimittel haben Sie bisher häufig oder regelmäßig eingenommen, und wie haben Sie Ihre Beschwerden normalerweise behandelt? |  |
| 14. Welches sind die Beschäftigungen, die Sie am meisten ermüden (geistige oder körperliche Anstrengungen)?Wie fühlen Sie sich nach Bewegung oder Sport? |  |
| 15. Sind Sie nach dem Essen sehr müde und schläfrig und haben das Bedürfnis sich hinzulegen? Gibt es Zeiten zu denen Sie gute Energie haben und Zeiten des Tages zu den Ihre Energie stark absinkt?  |  |
| 16. Gibt es Beschwerden, die ausgesprochen in Ruhe auftreten (Herzklopfen, Herzdruck, Kopfschmerzen usw.)? Wann, Im Liegen, beim Schlafen, beim Erwachen? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 17. Welchen Einfluss haben auf Sie: Wetterumschlag, Kälte, Wärme, Föhn, Gewitter, feuchte Luft, Regen, klares schönes Wetter, kaltes trockenes Wetter, feuchtes warmes Wetter, frische Luft, Nebel, Mondphasen usw.?  |  |
| 18. Welchen Einfluss haben auf Sie: Gerüche, Geräusche, Musik, , tröstender Zuspruch, die Sonneneinstrahlung, Dunkelheit, Dämmerung, Nacht, Gesellschaft, Alleinsein, das EssenWelche Schlafposition bevorzugen Sie? |  |

Besondere Fragen

Gemüts- und geistige Symptome:

|  |  |
| --- | --- |
| 22. Wie ist Ihr Temperament: sind Sie sanft, anhänglich, sentimental, zum Zorne geneigt, zum Weinen geneigt, schwermütig, unzugänglich, traurig, heftig, ungestüm, leidenschaftlich oder fanatisch? |  |
| 23. Sind Sie **gleichgültig** und gegen was oder wen, schon immer oder erst seit Ihrer Krankheit? |  |
| 24. Haben Sie Verständnis, Geduld, werden Sie in der Gesellschaft als angenehm empfunden, oder ungeduldig, wollen Sie die Umwelt kontrollieren und ertragen Sie keinen Widerspruch? |  |
| 25. Waschen Sie sich gern oder sind Sie nachlässig damit?  |  |
| 26. Sind Sie Ihrer Art nach peinlich genau oder nachlässig in Ihren Geschäften, in Ihrer Sorge um Ordnung in Ihrem Zimmer, auf dem Schreibtisch und in Ihrer Kleidung?  |  |
| 27. Haben Sie Selbstvertrauen oder Lampenfieber? Sind Sie beeindruckt durch eine Rüge oder gleichgültig? |  |
| 28. Wie verhalten Sie sich in Gesellschaft? Lieben Sie es, sich zu unterhalten, Vorträge zu halten, stehen Sie gerne im Mittelpunkt oder sind Sie eher verlegen?  |  |
| 29. Sind Sie von ausgeglichenem Wesen oder reagieren Sie sehr emotional?  |  |
| 30. Neigen Sie zu Eifersucht, Eigensinn, wechselnde Stimmungen, neigen Sie zu Widerspruch? |  |
| 31. Lieben Sie ein ruhiges und geordnetes Leben oder ziehen Sie Abwechslung und Veränderung vor?Lieben Sie es zu reisen? |  |
| 32. Wie ist Ihre gewöhnliche Gemütsstimmung (zufrieden, glücklich, freudig, optimistisch oder pessimistisch, weinerlich, zu trüben oder verneinenden Gedanken neigend)? |  |
| 33. Haben Sie irgendwelche Ängste (auch Höhenangst)?Bitte benennen Sie diese! |  |
| 34. Beschreiben Sie Ihren Charakter in wenigen Worten. |  |
| 35. Wie steht es mit Ihren geistigen Fähigkeiten (geistige Energie, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit)?Für was haben Sie kein gutes Gedächtnis? |  |

**Kopf**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schwindel:**36. Leiden Sie unter Schwindel und wann tritt dieser auf? |  |
| **Kopfschmerzen:**37. Leiden Sie an Kopfschmerzen? Welches ist der genaue Ort dieser Kopfschmerzen? Wann treten die Kopfschmerzen auf? Durch welche Umstände werden sie verbessert oder verschlimmert? |  |
| 38. Welche Umstände begleiten die Kopfschmerzen, gehen voraus oder folgen Ihren Beschwerden (Sehstörungen, Brechreiz, Erbrechen, Hitzewallungen, Frost, Gereiztheit, Weinen, Periode)? |  |
| 39. In welchem Zustande befindet sich Ihr Haar (Fettigkeit, Haarausfall, Schuppen) und die Kopfhaut?  |  |
| **Auge:**40. In welchem Zustande befinden sich Ihre Augen (Tränenfluss, Entzündung der Augen oder der Lidränder etc.)Augenärztliche Erkrankungen? |  |
| 41. Bestehen Sehstörungen oder Schmerzen am Auge?Haben Sie Schwellungen der Lider, morgens? |  |
| **Ohren:**42. Leiden oder litten Sie unter Ohrenschmerzen, Schwerhörigkeit oder Ohrgeräuschen?  |  |
| **Nase:**43. Haben Sie Beschwerden der Nase,, bestehen regelmäßige Absonderungen, Krustenbildungen,Neigung zu Furunkeln, Schnupfen, verstopfte Nase ,?Haben Sie Heuschnupfen oder sonstige Allergien? |  |
| 44. Ist die Nasenatmung gestört, ganz verlegt oder nur auf einer Seite, zeitweise oder immer? Bestehen Geruchsstörungen?  |  |
| **Gesicht:**45. In welchem Zustande befindet sich die Haut Ihres Gesichtes,, haben Sie Warzen, Hautausschläge, rissige Haut, Schweißbildung und wo genau? |  |
| **Mund, Hals, Zähne:**46.In welchem Zustand befinden sich Ihre Lippen, Zunge, Mandeln, Mundboden und Zahnfleisch? Leiden Sie unter Speichelfluss, Bläschen an den Lippen oder auf der Zunge? |  |
| 47. Leien Sie unter Zungenbrennen oder Zungenbelägen- in der Mitte, an der Spitze oder am Rand?  |  |
| 48. Bestehen Geschmacksstörungen? Wenn ja, beim Essen oder zwischen den Mahlzeiten? |  |
| 49. Wie ist der Zustand Ihrer Zähne? Haben Sie Schmerzen oder Entzündungen? |  |
| **Magen:**50. Wie ist Ihr Appetit? Haben Sie Heißhungerattacken? Auf bestimmte Speisen?Sind Sie schnell satt, trotzdem bald darauf wieder hungrig? |  |
| 51.**Sehr wichtig**: Haben Sie Abneigung oder Unverträglichkeit gegen bestimmte **Nahrungsmittel** (z.B. Fett, Eier, Fleisch, Milch, Alkohol, Kaffee) oder gegen Kochdünste? |  |
| 52. Haben Sie außerordentliches Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln (Zucker, Salz, Geräuchertes , Brot, Obst) oder nach gewissen Getränken (kaltes Wasser, heiße Milch, Bier, Wein, Schnaps)?  |  |
| 53. Haben Sie großen oder kleinen Durst und wie hat sich Ihr Durst in den letzten Jahren entwickelt? |  |
| 54. Welche Beschwerden treten nach dem Essen oder Trinken auf und nach welchem Zeitraum?  |  |
| 55. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen? |  |
| 56. Leiden Sie unter Aufstoßen, Brennen (Rachen, Magen, After usw.), Erbrechen, Brechreiz oder Magenschmerzen? Welches sind die Tageszeiten und Umstände, die sie hervorrufen, verschlimmern, bessern oder beenden?  |  |
| **Bauch und Stuhlgang:**57. Haben Sie Winde, Kollern, Blähungen und bei welchen Gelegenheiten? Zu welcher Tageszeit? Beim oder nach dem Essen und nach welchem Essen?  |  |
| 58. Leiden Sie unter Bauchschmerzen, durch was werden diese besser oder schlechter? |  |
| 59. Stören Sie Ihre Kleider am Bauch, besonders Gürtel, Kragen, Strumpfhalter, Korsett usw.? |  |
| 60. Wie ist ihr Stuhlgang, neigen Sie eher zur Verstopfung oder zu Durchfall? Kommt der Durchfall zu einer bestimmten Zeit? |  |
| 61. Bestehen Jucken des Afters, Hämorrhoiden, Schweiß, Risse der Haut am After? Hautausschläge oder Warzen im Genitalbereich? |  |
| **Blase:**62. Haben Sie Schmerzen an der Blase, im Harnleiter? Fließt Ihr Urin gut, sofort und ohne Hindernis?  |  |
| 63. Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten des Urins (Farbe, Geruch) oder beim Urinieren, wie z.B. häufiger Harnabgang?Nachts? |  |
| 64. Besteht unwillkürlicher Harnabgang, beim Husten, Niesen, Lachen, Stehen, Gehen, Heben, Liegen, tags oder nachts? |  |
| **Geschlechtsorgane:**65. Ist Ihr geschlechtliches Verlangen normal, gesteigert oder verringert? Wie hat es sich in den letzten Jahren entwickelt? Besteht ein regelmäßiger Verkehr oder ist er durch irgendwelche Umstände beeinträchtigt? |  |
| 66. Haben Sie Schmerzen oder andere störende Empfindungen in bzw. an den Geschlechtsorganen? |  |
| 67. Bestehen abwegige Neigungen, Bedürfnisse oder Wünsche in erotischer Beziehung (Onanie-Neigung, Perversionen der Empfindungen, Kontaktschwäche zum Partner) Wie fühlen Sie sich nach dem Koitus? |  |
| 68. Hatten Sie eine sexuell übertragbare Krankheit (auch Chlamydien oder Herpes)und welche? Warzen oder Hautausschläge im Genitalbereich? |  |
| **Männlich:**69. Treten Erektionen und Samenerguss normal, vorzeitig, verzögert oder sogar im Schlaf auf? |  |
| 70. Haben Sie irgendwelche Beschwerden an den Hoden oder am Penis?Ausscheidungen ? |  |
| **Frauen:**71. In welchem Alter haben Sie Ihre erste Regel bekommen? |  |
| 72. In welchem Alter ist Ihre Regel ausgeblieben? |  |
| 73. War die Regel bisher normal, regelmäßig und in welchen Zeitabständen? Wie viele Tage dauert sie und wie stark ist sie?Farbe, Beschaffenheit? |  |
| 74. Welche Beschwerden haben Sie vor, während oder nach der Regel (Schmerzen seelische Verstimmungen) |  |
| 75. Besteht **Ausfluss** ? Wie ist die Farbe, Menge und Beschaffenheit? |  |
| 76. Kommt er stärker **vor** oder **nach** der Regel? |  |
| 77.Bestehen,Schwellungen, Überwärmung Ziehen, Stechen und Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der Brüste (z.B. in der Mitte des Zyklus, vor oder während der Periode)? |  |
| **Atmungsorgane:**78. Haben Sie irgendwelche Atmungsbeschwerden oder leiden Sie unter Husten?  |  |
| 79. Wie ist der Zustand Ihrer Stimme? Sind Sie öfters heiser?  |  |
| 80. Haben Sie Auswurf ? |  |
| **Brust, Rücken, Rumpf und Glieder:**81.Haben Sie Herzklopfen, unregelmäßigen Herzschlag oder Herz bzw. Brustschmerzen? Wann tritt die Störung auf? |  |
| 82.Haben Sie ab und zu Schmerzen im Rücken, zwischen den Schulterblättern, in der Nieren- oder Kreuzbeingegend? (Wann? Im Bett? Beim Stehen, Gehen, Bücken usw.?) |  |
| 83.Haben Sie Schmerzen im Rücken, in irgendwelchen Muskeln, in den Knochen, in der Knochenhaut oder in den Gelenken? |  |
| 84.Leiden Sie an kalten Füßen und kalten Händen? Wann?Gibt es irgendeine Verfärbung der Haut an Armen oder Beinen, Besteht Hitzegefühl z.B. in den Fußsohlen, in der Nacht? |  |
| 85. Schlafen nachts die Arme ein? Leiden Sie unter Wadenkrämpfen und wann? |  |
| 86. Haben Sie geschwollene Drüsen (oben am Hals, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder in den Brüsten)?  |  |
| 87. Haben Sie Krampfadern an den Beinen oder an anderen Stellen? |  |
| **Schlaf:**88. Wie ist Ihr Schlaf,? (tief, leicht, erregt, erholsam, oberflächlich, unterbrochen)?Um welche Uhrzeit erwachen Sie häufig?Liegen Sie dann länger wach? |  |
| 89. Zu welcher Tages- oder Nachtzeit sind Sie müde?Fällt Ihre Energie um irgendeine Zeit spürbar ab? |  |
| 90. Schlafen Sie schwer ein, fühlen Sie sich morgens vom Schlaf erfrischt? |  |
| 91. Gibt es irgendetwas was Sie am Schlafen hindert? (Schmerz, Krämpfe, Gedanken etc.) |  |
| 02. Welches ist für Sie die angenehmste Schlafposition? |  |
| 93. Erinnern Sie sich an Ihre Träume, gibt es einen besonderen Traum, vielleicht einen der oft wiederkehrt? |  |
| **Frost:**94. Erkälten Sie sich leicht? Wie häufig im Jahr? |  |
| 95.Gibt es Kälteempfindungen irgendwo am Körper?Stellen Sie manchmal unterschiedliche Temperatur zwischen den beiden Seiten fest (z.B. zwischen linker und rechter Hand)? |  |
| **Hitze und Fieber:**96Haben Sie übermäßige Körperhitze und wo an Ihrem Körper? |  |
| 97.Wann hatten Sie das letzte Fieber und wie hoch war es?Wann das letzte Mal über 39° C? |  |
| 98. Leiden Sie unter Hitzewallungen? |  |
| **Schweiße:**99.Schwitzen Sie und an welchen Körperteilen? Nur bei Anstrengung oder auch nachts? |  |
| 100.Welche Menge hat der Schweiß und gibt es Geruch oder Farbe? Rasch abkühlend? |  |
| **Haut:**101. Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Haut (Trockenheit, Schuppenbildung)?Haben oder hatten Sie irgendwann Ausschläge?Sind Allergien bekannt? |  |
| 102. Wie sind Ihre Finger- und Fußnägel beschaffen? Haben Sie Risse an Haut oder Nägeln? |  |
| **Sonstiges:**103. Möchten Sie noch Irgendetwas anführen, wonach nicht gefragt wurde? |  |