

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

t

Nachname _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Telefon _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Beruf/derzeitige Beschäftigung _____

Krankenkasse _____

Versicherter _____

Familienstand _____

Kinder (Anzahl/Alter/Geschlecht) _____

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Z.B. auch: Wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter, etc.:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? Z.B.: eine Erkrankung, Impfung, Kummer, Sorgen, Schock, Unfall, Ärger, etc.:

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein? Welche? Bringen Sie bitte alle Beipackzettel mit:

Haben Sie im letzten Jahr **Antibiotika** oder **Cortison** genommen? Wenn ja, warum?

- Ja

- Nein

Welche **Krankheiten** in Ihrer Familie (auch Eltern, Großeltern) sind Ihnen bekannt?

Z.B.: Bluthochdruck, Schlaganfall, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes, Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Selbsttötung, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte, Rheuma, Asthma, Herzkrankheiten, etc.:

Welche **Impfungen** haben Sie bekommen? (Bringen Sie bitte den Impfpass mit). Z.B.:

Pocken, Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Polio, Tuberkulose, FSME, Hepatitis, Meningokokken, etc.:

Hat es **Reaktionen** auf die Impfungen gegeben? Z.B.: Fieber, Hautveränderungen, Magen- Darm- Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Lymphknotenschwellungen, etc.:

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Z.B.: Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Pfeiffersches Drüsenfieber, etc.:

Haben Sie Beschwerden in Bezug auf:

Kopf, z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, etc.:

Augen, z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen, Druck, etc.:

Nase, z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Krustenbildung, etc.:

Ohren, z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen, etc.:

Mund, z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluß, Aphten, etc.:

Zähne, z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, wurzelbehandelte Zähne, Zahnersatz, Kronen, etc.:

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Hals, z.B. Mandelentzündungen, Schluckbeschwerden, Kloßgefühl, etc.:

Schilddrüse, z.B. Unterfunktion, Überfunktion, Druck- Kloßgefühl, etc.:

Lunge, z.B. häufiger Husten (zu welcher Tageszeit, morgens, nachts), Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, etc.:

Herz, z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina Pectoris, etc.:

Leber- Galle, z.B. Druck und Völlegefühl im rechten Oberbauch, Hepatitis, Gallensteine, Operationen, etc.:

Milz- Bauchspeicheldrüse, z.B. Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Pankreatitis, Diabetes, Operationen, etc.:

Bewegungsapparat, z.B. Stechen, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, etc.:

Rücken, z.B. Hexenschuss, Wirbelsäulenveränderungen, Ischias, Operationen, etc.:

Magen- Darm- Trakt, z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, etc.:

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Stuhlgang: __ mal täglich; jeden __ten Tag

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls? Z.B hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, unverdaut, hart, trocken, dünn, wässrig, etc.:

Urogenitaltrakt, z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, etc.:

Urin, z.B. wenig, viel, oft, blutig, nachts, Geruch, Farbe, etc.:

Gynäkologie, z.B. Eierstockentzündungen, Zysten, Myome, Condylome, Tumoren, Operationen, Geschlechtskrankheiten, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, etc.:

Menses, z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, klumpig, schmerzhaft (vor, während oder nach der Menstruation), Abstand der Regelblutungen, Zwischenblutungen, etc.:

Wann war die erste Blutung_____

Wann war die letzte Blutung_____

Fluor (Ausfluß), z.B. schwach, stark, übelriechend, wundmachend, Farbe

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Prostata, z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, Nachträufeln, Entzündungen, etc.:

Sexualität, z.B. Verlangen, Abneigung, Blutung, Schmerzen, etc.:

Haut, z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, etc.:

Haare, z.B. Haarwuchs schnell/ langsam, plötzlicher Haarausfall, etc.:

Nägel, z.B. fleckig, spröde, deformiert, eingewachsen, etc.:

Schlaf, z.B. unruhig, Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Träume, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, aufgedeckt, nur Füße aufgedeckt, etc.:

Schlaflage, z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, etc.:

Appetit, z.B. normal, keinen, wenig, viel, Heißhunger nachts, etc.:

Verlangen nach, z.B. Süßem, Saurem, Salzigem, Scharfem, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Butter, Gemüse, Zwiebeln, Obst, Alkohol, Tabak, Kaffee, Drogen, etc.:

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Abneigung gegen, z.B. Süßes, Saures, Salziges, Scharfes, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Gemüse, Zwiebeln, Obst, Alkohol, Tabak, Kaffee, Drogen, etc.:

Durst, z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes, große Mengen, kleine Mengen, nachts, etc.:

Geschmacksbeeinträchtigung, z.B. schmeckt alles süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, faulig, etc.:

Schweiß, z.B. Kopf, Brust, Rücken, Achseln, Hände, Füße, kalt, warm, klebrig, übelriechend, nachts, nervös, etc.:

Temperaturempfinden, z.B. frostig, kalte Hände/ Füße, kalte Füße/ Beine, hitzig, warme Hände/ Füße, warme Füße/ Beine, Wärmflasche, etc.:

Stimmung, z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, etc.:

Temperament, z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, etc.:

Geselligkeit, z.B. einsam, gesellig, lieber alleine, etc.:

Gibt es etwas, wovor Sie Angst haben?

Welches sind die größten Kümernisse, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Homöopathischer Fragebogen/Erwachsene

Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welche Beschäftigungen haben Sie wirklich gerne?

Was mögen Sie überhaupt nicht?

Welche Ansichten und Launen passen eigentlich nicht zu Ihnen?

Wie ist Ihre Lebenssituation bezüglich Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen, sozialen Umstände oder dergleichen?
Wenn dem so ist, beschreiben Sie es bitte.
