



PATIENTENFRAGEBOGEN

Für eine erfolgreiche homöopathische Behandlung ist es wichtig, dass Sie mir so genau wie möglich mitteilen, welche Beschwerden Sie im Laufe Ihres Lebens gehabt haben, welche Impfungen vorgenommen wurden und welche Krankheiten in Ihrer Familie aufgetreten sind. Mein Ziel ist, Ihnen dabei zu helfen und das für Sie am besten geeignete homöopathische Arzneimittel herauszufinden. Um dieses zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden,

d.h. wenn ich ein wirksames Mittel für Sie herausfinden soll, so muss ich alle Einzelheiten Ihrer Erkrankung kennen.

Ebenso sollte ich alle Charakterzüge Ihrer Persönlichkeit, d.h. Ihre Reaktion und Verhaltensweise unter den verschiedenen Umständen, ebenso die Vergangenheit und die Vorgeschichte Ihrer Familie und den Zustand des Geistes und des Gemütes kennen. Die Kenntnisse dieser Umstände ermöglichen mir, Ihr Mittel zu finden, was dann zur Besserung oder Heilung Ihrer Krankheit führen soll. Als positiven Nebeneffekt wird das Mittel auch Ihren Gemütszustand positiv beeinflussen.

Um einen möglichst umfassenden Einblick über Sie zu erfahren, werde ich eine Menge Fragen stellen. Jede dieser Fragen hat ihre Berechtigung für mich, auch wenn sie ähnlich oder gleich erscheinen mögen. Auch Dinge, von denen Sie denken, dass sie nichts mit der Hauptbeschwerden zu tun haben, können von höchster Bedeutung für die Auswahl des Mittels sein.

Deshalb sollten Sie ganz frei und ungehemmt eine möglichst vollständige Beschreibung jedes einzelnen Punktes geben.

Es hat sich als hilfreich erwiesen, wenn mir diese Informationen in Form des ausgefüllten Fragebogens vorliegen, denn erfahrungsgemäß werden in Gesprächen einige wichtige Details leicht mal vergessen. Der Fragebogen bietet ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe zu Hause zu reflektieren, was Sie bisher für Erkrankungen hatten. Auch können Sie möglicherweise noch Erkundigungen in der Familie einholen.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf einer Extraseite und setzen die jeweilige Aufzählungszahlen davor, z.B. 1.1, 1.2, ...

Selbstverständlich wird alles, was Sie mir mitteilen, sei es in mündlicher oder schriftlicher Form, streng vertraulich behandelt und unterliegt dem personenbezogenen Datenschutz, bzw. der gesetzlichen Schweigepflicht des Heilpraktikers.



1. Frühere Erkrankungen und eingenommene Medikamente

- 1.1. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Impfpasses dem Fragebogen bei.
- 1.2. Gab es irgendeine Reaktion oder Beschwerde nach irgendeiner der Impfungen?
- 1.3. Welche Infektionskrankheiten/Krankheiten haben Sie durchgemacht? (z.B. Pocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Kinderlähmung, Röteln, Mumps, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Cholera, Malaria, Tropenkrankheiten, Masern, Grippe, Zecken, Allergie, Asthma, Tuberkulose, Gelbsucht, Windpocken, Erkrankungen der Leber, Milz, Gallenblase, Rachitis, Rheumatismus, Rücken-schmerzen, Lumbalpunktion, Geschlechtskrankheiten, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schwindel, Nierenentzündungen, Diabetes, Prostatabeschwerden, jegliche Operationen, häufige Erkältungs-krankheiten, Fieber, Schüttelfrost, Lungenentzündung, Asthma, TBC, psychische Erkrankungen, chronische Kopfschmerzen, Krämpfe, Anfälle, Epilepsie, Paralyse, Meningitis, Krebserkrankungen, Hauterkrankungen, Alkoholismus, Allergien, Nahrungsmittelvergiftung, Geschlechtskrankheiten usw.)
Bitte geben Sie die Erkrankung mit Datum an!
- 1.4. Liegt eine bestimmte körperliche Anlage oder erhöhte Empfänglichkeit für eine bestimmte Krankheit vor?
- 1.5. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Was war der Anlass?
- 1.6. Gab es schwere Unfälle oder Verletzungen des Körpers oder des Kopfes?
- 1.7. Werden Medikamente eingenommen? Welche?
- 1.8. Welche Medikamente wurden in der Vergangenheit eingenommen?
- 1.9. Haben Sie irgendwelche „lieb gewonnenen“ Gewohnheiten, z.B. Rauchen, Alkohol, Schlafmittel, Kaffee? Wenn ja, in welcher Menge?

2. Familieninformationen

Beispiele:

| | | | | |
|-----------|----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Anämie | Diabetes | Paralyse | Geisteskrankheiten | Lebererkrankungen |
| Rheuma | Krebs | Pleuritis | Multiple Sklerose | Nierenerkrankungen |
| Epilepsie | Lepra | Nesselsucht | Bluthochdruck | Herzerkrankungen |
| Asthma | Ekzem | Tuberkulose | Blutungsneigung | usw. |

| Verwandschaft | Alter | Erlittene Erkrankung | Todesursache |
|-------------------------------|-------|----------------------|--------------|
| Vater | | | |
| Großvater, väterlicherseits | | | |
| Großmutter, väterlicherseits | | | |
| Onkel, väterlicherseits | | | |
| Tante, väterlicherseits | | | |
| Mutter | | | |
| Großvater, mütterlicherseits | | | |
| Großmutter, mütterlicherseits | | | |
| Onkel, mütterlicherseits | | | |
| Tante, mütterlicherseits | | | |
| Cousins, väterl. / mütterl. | | | |
| Cousinen, väterl. / mütterl. | | | |



3. Persönliche Geschichte

Über Ihre Geburt:

- 3.1 Hatte Ihre Mutter irgendwelche Probleme während der Schwangerschaft?
 Impfungen, Blutgruppenunverträglichkeiten, Bluttransfusionen, Infekte, sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse, OP, Zahnbehandlungen, vorausgegangene Fehl- oder Totgeburten, Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente, wehenhemmende/-fördernde Mittel, Schwangerschaftserbrechen (wie lange); Entbindung termingerecht?, Schwangerschaftsdepressionen usw.
- 3.2 Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt?
 Entbindung mit Sauglocke o. Zange o. Kaiserschnitt, Nabelschnurstrangulierung, Gelbsucht, Nabel-/Leistenbruch, Schiefhals; als Säugling apathisch o. geschrieen; gestillt – wie lange; hat die Mutter während dieser Zeit Medikamente eingenommen?
- 3.3 In welchem Alter begann bei Ihnen...

| | | | |
|----------|--|--|--|
| Zahnen | | Urinkontrolle (Bettnässen usw.) | |
| Sitzen | | Essen von unverdaulichen Dingen, wie Kalk, Erde, Kreide, Papier usw. | |
| Laufen | | Wachstums- und Entwicklungsstörungen? | |
| Sprechen | | | |

- 3.4 Tierbisse:
 Sind Sie schon einmal von einem Tier gebissen worden? JA NEIN (ankreuzen)
 Wenn ja, von welchem Tier: _____
 Bekamen Sie Tollwut-Serum oder Tollwut-Impfung oder irgendwelche Gegengifte?

4. Schweiß – schwitzen – Fieber – Frost

- 4.1. Wie stark schwitzen Sie?
- 4.2. Wo und an welchen Teilen schwitzen Sie am meisten?
- 4.3. Schwitzen Sie an den Händen oder an den Fußsohlen?
- 4.4. Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, fettig, macht er die Wäsche steif?
- 4.5. Wie riecht er? z.B. scharf, faul, sauer, wie Urin?
- 4.6. Wie verfärbt er die Wäsche? Kann man diese Verfärbung leicht oder schwer heraus waschen?
- 4.7. Irgendwelche Symptom nach dem Schwitzen?
- 4.8. Wann bekommen Sie Fieber oder Frost? Was führt es herbei?
- 4.9. Haben Sie irgendwie das Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil des Körpers und/oder zu einer bestimmten Zeit?
- 4.10. Kommt es vor, dass irgendwann Ihre Handflächen oder Fußsohlen heiß sind oder brennen?



5. Appetit und Durst

- 5.1. Wie ist Ihr Appetit?
- 5.2. Was passiert, wenn Sie längere Zeit nichts essen?
- 5.3. Wie schnell essen Sie?
- 5.4. Wie viel Durst haben Sie?
- 5.5. Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?
- 5.6. Gibt es irgendwelche Veränderungen in Ihrem Geschmack oder Gefühl im Mund?
- 5.7. Gibt oder gab es Beschwerden im Magen-Darm-Trakt?
- 5.8. Bitte machen Sie ein Kreuz (X) in die Tabelle, wenn Sie irgendein Nahrungsmittel mögen/nicht mögen oder wenn es Ihnen nicht bekommt. Machen Sie zwei Kreuze (XX), wenn dieses Mögen/Nichtmögen oder Nichtbekommen sehr stark ist.

| | mögen | nicht mögen | nicht bekommen | | mögen | nicht mögen | nicht bekommen |
|--------------|-------|-------------|----------------|----------------------|-------|-------------|----------------|
| Bitter | | | | Eier | | | |
| stark salzig | | | | starke Gewürze | | | |
| Süßigkeiten | | | | Fleisch | | | |
| sauer | | | | Fisch | | | |
| Brot | | | | Kohl | | | |
| Butter | | | | Zwiebeln | | | |
| Kaffee | | | | Obst | | | |
| gebratenes | | | | warme/kalte Nahrung | | | |
| Milch | | | | warme/kalte Getränke | | | |
| Erde/Kalk | | | | Sonstiges: | | | |

6. Stuhl

- 6.1. Gibt es Probleme bzgl. Ihres Stuhls/Verdauung?
- 6.2. Wie oft und wann haben Sie täglich/wöchentlich Stuhlgang?
- 6.3. Wann ist der Stuhl dringend?
- 6.4. Haben Sie irgendwelche Probleme mit der Darmtätigkeit?
- 6.5. Müssen Sie beim Stuhl stark pressen?
- 6.6. Müssen Sie aufstoßen oder rülpsen?

7. Wasserlassen und Urin

- 7.1. Haben Sie irgendwelche Urinprobleme? Riecht er stark? Wie riecht er?
- 7.2. Bestehen oder bestanden Nierenprobleme?
- 7.3. Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen?
- 7.4. Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten mit der Entleerung der Blase?
- 7.5. Fängt das Wasser an, langsam zu laufen, ist es unterbrochen, ist der Harnstrahl schwach oder tröpfelt er nur usw.?
- 7.6. Irgendwelches, unwillkürliches Wasserlassen? Wann?



8. Brust – Herz – Erkältungen – Husten

- 8.1. Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie?
- 8.2. Beschreiben Sie die Symptome, Art der Erkältung usw.
- 8.3. Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Brust oder Ihrem Herzen?
- 8.4. Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Stimme oder Sprache?
- 8.5. Gibt es irgendwelche Beschwerden bei der Atmung?
- 8.6. Haben Sie irgendeinen Husten?
- 8.7. Gibt es Beschwerden bezüglich des Blutdrucks?

9. Für Männer

- 9.1. Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion? Erektionsmangel? Unwillkürliche Erektion? Zu schwache Erektion? Ausbleibende Erektion?
- 9.2. Haben oder hatten Sie Probleme mit der Prostata?
- 9.3. Haben oder hatten Sie eine Geschlechtskrankheit?
- 9.4. Gibt es irgendwelche weiteren Beschwerden in sexueller Hinsicht? Bitte beschreiben Sie die Einzelheiten
- 9.5. Wurde bei Ihnen einmal Unfruchtbarkeit diagnostiziert?

10. Für Frauen

- 10.1. Menses: Wie ist die Periode? Regelmäßig oder unregelmäßig?
- 10.2. In welchem Alter hat sie begonnen? Gab es irgendwelche Beschwerden dabei?
- 10.3. Wie ist der Abstand zwischen zwei Perioden? Wie lange dauert die Periode?
- 10.4. Menstruationsblut: Gibt es Veränderungen bzgl. Menge, Farbe, Geruch, Konsistenz und Menge?
- 10.5. Lässt sich das Blut gut aus der Wäsche waschen?
- 10.6. Bestehen Probleme mit der Sexualität?
- 10.7. Welche Beschwerden hatten Sie während der Menopause (Wechseljahre)?
- 10.8. Wurde bei Ihnen einmal Unfruchtbarkeit diagnostiziert?
- 10.9. Haben Sie einmal einen veränderten Ausfluss festgestellt? Beschreiben sie bzgl. Farbe, Art, Konsistenz, Geruch, Juckreiz, Wundsein; gibt es evt. eine Beziehung zur Menses?
- 10.10. Gib oder gab es Probleme mit den Eierstöcken oder Gebärmutter?
- 10.11. Haben Sie Beschwerden mit den Brüsten? z.B. Schwellung vor der Periode o.ä.?
- 10.12. Haben oder hatten Sie eine Geschlechterkrankung?
- 10.13. Welche Verhütungsmethode verwenden Sie?



11. Gibt es irgendwelche Beschwerden in Bezug auf ..., jetzt oder in der Vergangenheit? Gibt es Verbesserungen oder Verschlechterungen bezüglich der Beschwerden?

- 11.1. Schwindel: irgendwelche Schwindelgefühle/Schwankungen?
- 11.2. Bewusstlosigkeit: Waren Sie schon mal bewusstlos?
- 11.3. Kopf: Kopfschmerzen oder andere Beschwerden im Kopfbereich?
- 11.4. Augen: Augenbeschwerden/Beschwerden der Sehfähigkeit?
- 11.5. Ohren: Ohrenschmerzen/Beschwerden der Hörfähigkeit?
- 11.6. Nase: Beschwerden der Riechfähigkeit/Nebenhöhlen?
- 11.7. Gesicht: Gesicht und Gesichtsausdruck?
- 11.8. Mund: Beschwerden im Mund (Geschmack, Zungenbelag, Herpes, Zähne, Zahnfleisch-erkrankungen, Lippen usw.)
- 11.9. Hals incl. Mandeln und Rachenraum?
- 11.10. Schilddrüse?
- 11.11. Lymphknoten bzw. geschwollenen Drüsen? Wo?
- 11.12. Leber und Galle?
- 11.13. Bauchspeicheldrüse?
- 11.14. Leiden Sie unter Diabetes mel.? Wenn ja, welcher Typ?
- 11.15. Hauterkrankungen: z.B. Juckreiz, Ausschläge, Geschwüre, Warzen, Hühneraugen, Abschälen, Veränderung der Hautfarbe/Flecken an einer Körperstelle?
- 11.16. Nägel: Beschwerden/Abnormalitäten der Nägel/Haut um die Nägel?
- 11.17. Haare: Beschwerden mit den Haaren? (Haarausfall, schnelles Grauwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, langsames, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum)
- 11.18. Wunden: langsame Wundheilung, Narben, Wucherungen, Wundeiterungen?
- 11.19. Blutung: Neigungen zu Blutungen? Wo? Erkrankungen oder Besonderheiten des Blutes?
- 11.20. Seite: Sind die Beschwerden einseitig? Auf welcher Seite? Oder sind sie mehr auf der einen oder anderen Seite? Oder beginnen sie auf der einen Seite und gehen dann auf die andere Seite? Oder wechseln sie die Seite oder die Stellen?
- 11.21. Zittern: Zittern Sie irgendwo? Wo und wann?
- 11.22. Schwäche: Gibt es ein Gefühl von Schwäche? Wo? Wie und wann fühlen Sie dieses mehr oder weniger? Ist das an irgendeinem Teil des Körpers?
- 11.23. Muskelbeschwerden?
- 11.24. Gelenkbeschwerden?
- 11.25. Knochenbeschwerden?
- 11.26. Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule?
- 11.27. Nervenschäden oder Beschwerden des Nervensystems?
- 11.28. Beschwerden mit den Gefäßen (Arterien, Venen)?
- 11.29. Bestehen hormonelle Probleme?
- 11.30. Abnormalität: Gibt es irgendwelche Abnormalitäten, Schwellungen, Taubheiten oder Lähmungen an irgendeinem Teil des Körpers?