

# **Großer Fragebogen zur homöopathischen Behandlung**

Name: Vorname: Geburtsdatum:

## **KOPF**

Besteht Neigung zu Kopfschmerzen? An welchen Partien sitzen diese meistens? In welcher Richtung, in welche Gegend strahlen sie aus; zu welchen Zeiten treten die Schmerzen besonders auf; aus welchen Anlässen; was verschlechtert die Kopfschmerzen, was verbessert sie?

Welche Störungen und Empfindungen begleiten die Kopfschmerzen, gehen voraus oder folgen (z.B. Sehstörungen, Übelkeit...)

Neigen Sie zu Schwindel? zu Benommenheit? Geben Sie Zeiten an, zu denen diese Beschwerden besonders auftreten; aus welchen Veranlassungen, bei welchem Verhalten...

Sind Kopfhaut und Haare in auffällender Weise verändert?  
Haben Sie auffallende Empfindungen im Kopfbereich; welcher Art, wo und wann evtl.

## **AUGEN**

Besteht Neigung zu Entzündung der Augen; der Lider, der Lidränder?  
Neigung zu Gerstenkörnern, Ausschlägen, Tränenfluß, Absonderungen?

Neigung zu Augenschmerzen; wie ist die Schmerzart; wann und aus welchen Anlässen treten alle diese Erscheinungen auf?

Wie ist die Sehschärfe?

Neigen Sie zu Sehstörungen; wann evtl. und in welcher Weis?

## **OHREN**

Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten mit den Ohren; welcher Art (Entzündungen, Eiterungen...), Feuchtigkeit hinter den Ohren, Einrisse usw.

Bemerken Sie besondere Empfindungen im Ohrbereich; welcher Art und wann? Haben Sie Ohrgeräusche; von welcher Art; was bessert, was verschlechtert diese evtl?

Sind Sie auffallend Geräuschempfindlich? Reagieren Sie auf Musik in auffallender Weise und wie dann?

## **NASE**

Besteht eine Schnupfenneigung; wann besonders; bei welchen Anlässen speziell; was oder welches Verhalten erleichtert deutlich den Schnupfen?

Wie ist die Absonderung meistens (Farbe, Geruch, zäh, wässrig, fadenziehend..)?

Sind Folgen eines unterdrückten Schnupfens vorhanden?

Haben Sie Heuschnupfen und seit wann?

Ist die Nase im allgemeinen frei oder öfters verstopft; wann besonders und auf welcher Seite meistens?

Sind auffallende Polypen in der Nase diagnostiziert?

Besteht häufig Nasenbluten?

Sind besondere Empfindungen in oder an der Nase festzustellen?

## **GESICHT**

Ist die Gesichtsfarbe unauffällig oder wie verändert ; wann evtl., bei welchen Anlässen verändert sie sich auffallend?

Wie ist die Gesichtshaut beschaffen (Trockenheit, Ausschläge, Warzen, erweiterte Gefäße, Fettigkeit, Einrisse an den Mundwinkeln ...)

Schwellungsneigung im Gesicht, wo genau; Neigung zum Schwitzen (warm, kalt) im Gesicht, wo besonders und aus welchen Anlässen?

## **MUNDHÖHLE UND RACHENRAUM**

Wie ist der Zustand Ihrer Zähne?

Neigen Sie zu Zahnschmerzen; wann speziell und wo; was verschlechtert, was bessert; von welcher Art sind die Schmerzen?

Bemerken Sie einen vermehrten Speichelfluß; wann und bei welcher Gelegenheit? Ist der Geschmack des Speichels verändert, wie und evtl. wann?

Besteht Neigung zu Halsentzündungen, zu Mandelabszessen; wodurch meist ausgelöst, auf welcher Seite besonders?

Wie ist Ihr Stimmverhalten; ist die natürliche Stimme eher leise, laut, warm, hart....

Veranlagung zu Heiserkeit?

Was sonst fällt Ihnen im Bereich der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes, der Lippen, der Zähne auf; was war früher vorhanden?

## **BRUSTKORB**

Bestehen Atembeschwerden oder Atemnot; seit wann, zu welcher Zeit des Tages oder der Nacht besonders; bei welchen Anlässen, in welchen Zusammenhängen speziell?

Was verschlechtert die Beschwerden deutlich oder umgekehrt, wodurch werden sie evtl. leichter – unabhängig von Medikamenten – (Haltung, Gehen, Wärme, Kälte...)?

Haben Sie ein auffallendes Bedürfnis zum Tiefatmen (z.B. mit dem Gefühl des Nichtdurch- atmenkönnens)

Bestehen Schmerzen im Brustbereich; schildern Sie genau Ort und Gegend, wohin sie evtl. ausstrahlen; wie ist die Art der Schmerzen; zu welcher Zeit; bei welchen Anlässen.....

Tritt öfters Husten auf; zu welcher Zeit des Tages oder der Nacht husten Sie speziell; aus welchen Anlässen besonders; was verschlechtert/bessert den Husten?

Von welcher Stelle geht der Hustenreiz aus; welche Empfindung haben Sie dort bzw. welche lösen den Hustenreiz aus?

Ist der Husten schmerzhaft; wo und wie ?

Welche Nebenerscheinungen treten beim Husten auf (Kopfschmerzen, Schweiß, Abgang von Urin...)?

Haben Sie öfters Auswurf (reichlich, spärlich, schwer abzu husten, zäh, schaumig...)?

Wie ist die Farbe, der Geschmack;

besteht das starke Bedürfnis zum Räuspern und wann evtl.; was fällt Ihnen sonst noch hinsichtlich des Auswurfs ein?

Haben Sie Herzschmerzen; welcher Art , wo genau?

Zu welchen Zeiten des Tages oder der Nacht, aus welchen Anlässen treten diese obigen Störungen besonders auf, was verschlechtert/bessert sie merklich?

Wie ist es in der Ruhe, bei Bewegung, Anstrengung, Aufregung; ist es abhängig von einer bestimmten Lage oder Körperhaltung, von der Periode, vom Wetter ....

Welche krankhaften Störungen oder Erscheinungen stellen Sie sonst noch im Brustkorb- bereich fest; welche waren früher vorhanden?

## **RÜCKEN**

Treten öfters Beschwerden auf und an welchen Stellen besonders; geben Sie möglichst genau die Orte an (Wirbelsäule, Steißbein...)

Zu welcher Tages und Nachtzeit treten diese speziell in Erscheinung; aus welchen Anlässen, in welchen Zusammenhängen, bei welchem Verhalten wird es merklich schlechter (Heben, Bücken...)

Beschreiben Sie die Art des Schmerzes möglichst genau (ziehend, stechend...)

Sind sonstige unnormale Erscheinungen oder Empfindungen im Rückenbereich festzu- stellen (Kältegefühl, Wärmegefühl, Schwäche, Jucken, Schweiß...)

## **GLIEDMAßEN**

Leiden Sie an Gliederschmerzen

Treten diese nur an einer Körperseite auf und auf welcher; gehen sie von einer Seite zur anderen oder wandern sie regellos im Körper herum?

Neigen Sie zu Gichtknoten an den Händen, rheumat. Veränderungen ..

Neigen Sie zu kalten Händen bzw. zu kalten Füßen?

Stellen Sie eine Schwellung der Arme oder Beine fest; an welchen Stellen; wann und in welchen Zusammenhängen treten diese besonders auf?

Besteht häufig ein Hitzegefühl in den Händen oder Füßen?

Bemerken Sie sonst auffällige Erscheinungen oder Empfindungen an den Gliedmaßen; an welchen Partien speziell; zu welcher Tages- oder Nachtzeit besonders?

Was fällt Ihnen an den Gliedmaßen außerdem noch auf; was war früher vorhanden. Schweiß, Krachen der Gelenke, Taubheit, Ameisenlaufen, Knotenbildung...

## **BAUCHRAUM**

Leiden Sie an Stuhlträgheit/ vermehrtem Stuhlgang?

Beschreiben sie Farbe, Menge, Aussehen, Geruch soweit es vom Normalem abweicht

Besteht ein unwillkürlicher oder unbemerkter Stuhlabgang

Zu welcher Tageszeit haben Sie ihren üblichen, normalen Stuhlgang?

Haben Sie Bauchschmerzen speziell in Verbindung mit Stuhlgang?  
Tendieren Sie überhaupt zu vermehrten Windabgängen? Wie ist die Geruchsart dabei?

Leiden Sie an aufgebläht sein, Völlegefühl im Bauchgebiet; geben Sie die genauen Orte an (Magengebiet, Nabel-, Unterbauch-,.....)

Zu welchen Zeiten treten diese Erscheinungen auf; aus welchen Gründen oder in welchen Zusammenhängen speziell?

Haben Sie sonst auffallende Empfindungen oder Gefühle im Bauchraum (nur im Magenbereich oder wo genau)

wann und von welcher Art (Hitze-, Kälte-,Leere-Gefühle, „Stein-Gefühl“ ...

Neigen Sie zu Sodbrennen, wann und bei welchem Anlaß

Besteht viel Luftaufstoßen, sogar Rülpsen; Hochkommen von Speisen, Erbrechen...

Neigen Sie zu Brechreiz, Übelkeit, Schluckauf

Leiden Sie unter Schmerzen im Bauchraum; nur im Magenbereich oder an welchen Bauch- parien?

Seit wann; zu welcher Zeit besonders, bei welchen Anlässen besonders?

Schildern Sie die Art der Schmerzen; wie sie sich äußern; was bessert/ verschlechtert die Beschwerden

Neigen Sie zu Hämorrhoiden, zu Darmblutungen

## **BLASE, NIEREN, PROSTATATA**

Ist der Geruch des Urins unauffällig oder ist er merklich verändert (riecht er zu scharf, stechend...)

Bestehen Schmerzen in der Blase, in den Harnleitern oder in der Harnröhre direkt?

Haben oder hatten Sie Nierenkoliken, Blasenentzündungen etc.

Fließt der Harn gut; bestehen Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen?

Besteht häufiger Harndrang, d. h. ein krankhaftes Verlangen zum Wasserlassen;

wie ist der Drang:schmerzhaft, plötzlich, unbemerkter Harnabgang...

## **GENITALIEN / SEXUALITÄT**

### **Weiblich:**

Wann trat die erste Periode auf?

Nehmen Sie die Pille?

Haben Sie eine Spirale?

Machen Sie bitte Angaben über ihren (früheren) Zyklus (Abstand/Dauer/ Zwischenblutungen/Stärke der Blutung/Regelmäßigkeit).

Schmerzhafte Regel? Gibt es Begleiterscheinung

(z.B. Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen)

Wie fühlen Sie sich vor/unmittelbar zu Beginn/während/nach der Regel?

Sind Sie in den Wechseljahren? Haben Sie damit verbundene Beschwerden?

Gibt/Gab es Ausfluss? Farbe/Menge/Art/Konsistenz/Geruch

Hatten Sie schon einmal genitale Infektionen (Pilzinfektion, Trichomonaden)?

Hatten Sie schon einmal Eileiterverklebungen? Eierstockentzündungen? Zysten?

Gab es schon einmal eine Gebärmutterentzündung? Myome?

Wieviele Schwangerschaften hatten Sie? Gab es Beschwerden während dieser Zeit, wenn ja, welche?

Besteht Kinderlosigkeit/Sterilität?

### **Männlich:**

Gab es einen Hodenhochstand? Pendelhoden? Seit Geburt? Erst später? (Behandlung?)

Gab es eine Vorhautverklebung? Verklemmung des Harnröhrenausgangs?

Musst eine Phimose behandelt werden?

Gab/Gibt es im Genitalbereich fischig riechende Ausdünstungen?

Neigen Sie zu unwillkürlichen Absonderungen?

Hatten Sie schon einmal eine Hydrozele/Hodenentzündung/Prostataentzündung/Nebenhodenentzündung? (Zeitpunkt, Ursache, Behandlung)

Gab es schon einmal Entzündungen/Pilzinfektionen im Genitalbereich?

Gab/gibt es Probleme in der Samenbeweglichkeit?

## **MODALITÄTEN**

Zu welchen Zeiten des Tages oder der Nacht fühlen Sie sich besonders schlecht/gut

Fühlen Sie sich zu bestimmten Jahreszeiten besonders schlecht; wann dann und in welcher Hinsicht

Spüren Sie den Wetterumschlag: den Wechsel von warm zu kalt, von kalt zu warm Wie bekommt Ihnen windiges , stürmisches Wetter; Nebel, Schnee

Wie steht es mit der Sonneneinwirkung; lieben Sie die Sonne oder in welcher Weise bekommen Sie Schwierigkeiten

Frieren Sie schnell, besteht Mangel an „Lebenswärme“ , bei welchen Anlässen, wann speziell oder umgekehrt, fühlen Sie sich leicht zu warm; welche Wärme vertragen Sie schlecht: speziell warme Räume, heißes Wetter, Bettwärme...

## **HAUT**

Bestehen Hautausschläge; wo; schildern Sie die Art des Ausschlags bzw. die Absonderung (trocken, nässend, eitrig, klebrig...)

schildern Sie die Beschwerden und Empfindungen dabei (Jucken....)

Wechseln Hautausschläge

mit anderen Erkrankungen ab (Abheilung des Ausschlags – auftreten von Magenschmerzen...)

Wie ist es mit der Schweißbildung; ist sie unauffällig oder schwitzen sie schnell und häufig; an welchen Partien besonders

## **APPETIT**

Neigen Sie zu Heißhungergefühlen, bzw. stark verminderten Appetit; Essen Sie gerne; müssen Sie Diät einhalten, welche?



Ist Ihr Appetit stark wechselnd , launenhaft; wie fühlen Sie sich, wenn Sie eine Mahlzeit auslassen müssen?

## **DURST**

Wie ist es mit dem Trinkbedürfnis; haben Sie viel Durst oder eher weniger; Trinken Sie lieber kalte oder warme Getränke

Treten nach dem Essen (Trinken) bestimmte Beschwerden auf; von welcher Art und zu welcher Zeit

## **NAHRUNGSMITTELVETRÄGLICHKEIT**

Nahrungsmittel die Beschwerden hervorrufen

Wie bekommt Ihnen Alkohol, Kaffee, Tee

Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel

Vorliebe für bestimmte Nahrungsmittel

## **SCHLAF**

Schlafen Sie im Allgemeinen gut; haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen

Neigen Sie zur Schlaflosigkeit: zu welchen Zeiten werden Sie nachts wach, besteht häufiges Wachwerden

Wie ist es mit dem Einschlafen selbst; was hindert Sie daran (Gedankenzudrang, Unruhe- gefühle...)

Welche Beschwerden treten nachts im Schlaf auf

Sind Sie im allgemeinen gut ausgeschlafen oder trotz guten Schlafs oft unausgeschlafen

## **GEMÜT**

Ohne allzu lange nachzudenken, charakterisieren Sie bitte in knappen Stichpunkten Ihre Person

## **ANGST**

Welche Ängste haben Sie (Zukunft, Tiere, Krankheit...)

