

## Homöopathischer Fragebogen

Ein Heilmittel kann noch besser wirken, wenn es nicht nur nach der Diagnose, sondern auch nach Ihrem persönlichen Befinden ausgewählt wird. Geben Sie deshalb bitte Ihre individuellen Beeinträchtigungen an, auch über den rein medizinischen Bereich hinaus. Nehmen Sie sich bitte einige Blätter Papier, Stift, Zeit und Ruhe und beantworten Sie die Fragen, die auf Sie zutreffen, mit Ihren eigenen Worten. (Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.)

1. Name, Geburtsdatum
2. Bitte beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden mit Ihren eigenen Worten.
3. Welche anderen Symptome treten noch dabei auf, wann (vor, zusammen mit, nach den Hauptbeschwerden)? Welche Erscheinungen finden Sie besonders seltsam oder unerklärlich ("Was noch komisch ist, ist dass...") Nennen sie ruhig auch rein subjektive Empfindungen, die sonst noch kein Arzt wissen wollte.
4. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen oder Missempfindungen. Wo treten sie auf, wohin erstrecken sie sich, wie fühlen sie sich an? (z.B. brennend, stechend, bohrend, reißend, platzend, zu eng, schneidend, gequetscht, wie ein..., eigene Beschreibung!) Kommen und vergehen sie plötzlich oder allmählich? Wann treten sie auf? Gibt es Auslöser? Was würden Sie am liebsten dabei tun?
5. Welche Medikamente haben Sie in letzter Zeit eingenommen? Auch homöopathische Mittel? Welche und haben sie geholfen?
6. Seit wann besteht Ihre Symptomatik? Gab es ein wahrscheinlich auslösendes Ereignis? Was hat Sie damals in Ihrem Leben beschäftigt? (z.B. Unfälle, medizinische Eingriffe oder Medikamente, Krankheiten, (Fehl-)geburt, Vergiftung (auch Genussgifte), Impfung, Überlastung, Unterkühlung, Schreck, Heimweh, Eifersucht, Kränkung, Liebeskummer, Empörung, Streit, (Prüfungs-)angst, Todesfall, Misserfolge usw.....)
7. Hatten Sie vor Ihrer jetzigen Krankheit andere Beschwerden auch vorübergehende die

- seitdem verschwunden sind (z.B. Hautausschläge, Schnupfen, Schweißneigung, Ausfluss...)? Wodurch verschwanden sie?
8. Wann sind Ihre Beschwerden am schlimmsten, wodurch bessern sie sich;
  9. zu welcher Tages- oder Nachtzeit (wieviel Uhr)? Zu welcher Jahreszeit? Bei welcher Mondphase?
  10. bei welchem Wetter/Temperatur? Wie geht es Ihnen z.B. bei Sonne, Nebel, Zugluft, Wind, Gewitter, Wetterwechsel, trocken/feucht, extremen Temperaturen, am/im Meer? Wie vertragen Sie warme oder kalte Anwendungen, Auflagen oder Bäder?
  11. in welcher Stellung? In Ruhe, Bewegung (treppauf/-ab), Bücken, bei Druck, enger Kleidung (wo?), stehend, sitzend, liegend (in welcher Lage?), beim Fahren...?
  12. vor, beim, nach dem Essen, dem Stuhlgang, Wasserlassen?
  13. durch Gerüche, Geräusche, Musik, Licht?
  14. durch welche Stimmungen und Situationen?
  15. vor, während oder nach der Regel?
  16. Was essen Sie am liebsten (ggf. vor einer Ernährungsumstellung)? Welche Geschmacksrichtung, z.B. sauer, bitter...
  17. Was ist Ihr Lieblingsgetränk? Wie warm oder kalt? Wieviel Durst haben Sie?
  18. Wovor ekelt es sie? Was würden Sie nie essen/trinken?
  19. Was vertragen Sie nicht? Was passiert, wenn Sie es doch essen?
  20. Von welchen Lebensmitteln geht es Ihnen besser?
  21. Sonstige Besonderheiten im Essverhalten, abnorme Essgelüste?
  22. Wie hängen Essverhalten und Beschwerden zusammen?
  23. Stuhlgang: ungewöhnliche Konsistenz, Farbe, Geruch, Zeiten? Beschwerden dabei?
  24. Wasserlassen: Geruch, Aussehen? Beschwerden, Missempfindungen?
  25. Frieren Sie immer oder ist Ihnen meist heiß? Wie warm heizen Sie, bzw. welches Raumklima beeinträchtigt Sie? Haben Sie kalte Füße, Hände, Kopf? Oder heiße? Ist es im Bett anders? Wieviel schwitzen sie? Wann

und an welchen Körperstellen? Wie riecht Ihr Schweiß und welche Farbe hinterlässt er?

26. Ist Ihnen aufgefallen, daß Ihre Beschwerden überwiegend auf der rechten oder linken Seite auftreten oder beginnen?
27. Überlegen Sie bitte in Bezug auf die einzelnen Körperteile, welche Beschwerden und Besonderheiten Ihnen sonst noch aufgefallen sind (z.B. Atmungsorgane, Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Brustraum, Herz, Kreislauf, Speiseröhre, Magen, Verdauungstrakt, Bauchraum..., Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Gliedmaßen..., Sinnesorgane: Ohren-Hören-Ohrgeräusche (wie klingen sie?); Augen-Sehen; Zunge-Geschmack- Geschmackstäuschung; Nase-Geruchsempfindlichkeit (welche Gerüche?); Haut-Tasten-Fühlen-Empfindungen...)
28. Komische Gefühle, als würde da ein...
29. Wann hatten Sie Ihre erste/letzte Regel? Wie lange dauert bei Ihnen ein Zyklus? Regelmäßig? Wie lange dauert die Regel, unterbrochen? Blutung heftig, wäßrig, dunkel, geronnen, stückig? Zu welcher Tageszeit am stärksten oder ausgesetzt? Begleiterscheinungen, Stimmungsveränderungen (wann?)
30. Ausfluß (Farbe, Geruch; Jucken...)?
31. Geschlechtsorgane: Schmerzen? Probleme beim Verkehr? Besonderes Verlangen,...?
32. Wie schlafen Sie? Wachen Sie zu bestimmten Zeiten auf? In welcher Stellung schlafen Sie? Sprechen, schreien, lachen..., schwitzen, zähneknirschen Sie im Schlaf? Wie fühlen sie sich beim Erwachen?
33. Was träumen Sie? Wiederholte, unvergessliche, hellsichtige Träume:...?
34. Wovor haben Sie Angst?
35. In welchen Situationen wird Ihnen mulmig?
36. Was für ein Mensch sind sie? Wie beschreiben Sie andere, z.B. Ihr Partner? Wie haben Sie sich seit Ihrer Krankheit verändert?
37. Welche Eigenschaften möchten Sie Ihren Kindern weitergeben und welche nicht?
38. Wieviel und wobei weinen Sie? Wie reagieren Sie auf Trost? Wann ist Ihnen Einsamkeit oder Gesellschaft unerträglich?

39. Wobei lassen Sie Gedächtnis oder Konzentration im Stich?
40. Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihr Leben zu beenden? Wann? Womit?
41. Welche Angewohnheiten haben Sie, die Sie gerne ablegen würden?
42. Haben Sie Verhaltens- oder Reaktionsweisen, die Ihnen selbst unverständlich sind?
43. Was war Ihr schlimmstes Erlebnis?
44. Was war Ihr schönstes Erlebnis?
45. Was ist Ihr größtes Problem? Was stört Sie am meisten an sich selbst oder an Ihrem Leben?
46. Was können Sie überhaupt nicht tolerieren?
47. Was ist Ihr Lebensmotto? (Auch wenn Sie es öfter scherzhaft sagen)
48. Was stellt für Sie eine Versuchung dar? Was täten Sie gern einmal?
49. Welchen Phantasien hängen Sie gerne nach (einschl. solcher, die nicht zu Ihren Idealen passen)?
50. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden sie sich wünschen?
51. Woran müssen Sie immer wieder denken?

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob durch Ihre Antworten ein genaues und vor allem individuelles Bild Ihrer Beschwerden und Reaktionen gezeichnet wurde. Wenn Ihnen noch irgendwelche eigentümlichen oder absonderlichen Kleinigkeiten einfallen, geben Sie sie bitte jetzt noch an.

Vielen Dank für Ihre Mühe