



Homöopathischer Fragebogen für Erwachsene

Datum der Erstanamnese _____

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ Haarfarbe _____

Beruf _____ Kranken-Vers. _____

Telefon _____

<p>1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?</p> <p>Seit wann?</p> <p>Wodurch ausgelöst?</p> <p>Wo genau lokalisiert?</p> <p>Wie fühlen sich die Beschwerden an?</p> <p>Was verbessert, was verschlimmert?</p> <p>Was beeinflusst die Beschwerden?</p> <p>Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden auftreten?</p>	
---	--

2. Diagnosen

Welche Diagnosen wurden von Ärzten gestellt? Berichte und Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

3. Familienvorgeschichte

Gibt oder gab es in Ihrer Familie Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Krebs, Rheuma, Nervenleiden, Leber-Galle-Erkrankungen, Gemütskrankheiten, Alkoholismus, TBC, Suizid, Allergien, Hautausschläge, Geschlechtskrankheiten oder anderes?

Mutter:

Vater:

Großeltern der Mutter:

Großeltern des Vaters:

Geschwister, Tanten, Onkel:

4. Eigene Krankengeschichte - Kindheit -

Traten Komplikationen während Ihrer Geburt auf?

Beschwerden, Erkrankungen in der Säuglingszeit? Stillprobleme? Blähungskoliken? Windeldermatitis?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Gab es Impfreaktionen z.B. Fieber, Hautausschläge, Verhaltensänderungen?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Verliefen sie komplikationslos?

Gab es Auffälligkeiten bezüglich des Wachstums, Laufenlernens, Sprechenlernens oder während der Zahnung? Ernährungsstörung, Würmer, Läuse, Bettnässen, Tics?

Unfälle, Verletzungen, Knochenbrüche, Krankenhausaufenthalte, Operationen?

Litten Sie als Kind unter häufigen Infekten, Mittelohrentzündungen, Mandelentzündungen, Polypen, Hauterkrankungen, Bronchitiden, Verdauungsstörungen?

5. Eigene Krankengeschichte - bis heute -

Bitte notieren Sie in zeitlicher Reihenfolge das Auftreten Ihrer Erkrankungen.

Welche Operationen wurden vorgenommen? Warum und wann?

Falls es in den folgenden Bereichen schon einmal Beschwerden bei Ihnen gab, so unterstreichen Sie bitte das Organ und beschreiben kurz, welcher Art die Erkrankung war:

Kopf, Gehirn, Augen, Ohren,
Nase, Kiefer- und Nasennebenhöhlen, Mund, Zähne,
Rachen, Kehlkopf, Mandeln,
Schilddrüse, Bronchien, Lunge,
Brust, Herz, Magen, Darm,
Anus, Leber, Gallenblase,
Bauchspeicheldrüse, Milz,
Nieren, Blase, Geschlechtsorgane,
Gelenke, Wirbelsäule,
Knochen, Sehnen, Haut,
Haare, Nägel, Blut, Gefäße,
Drüsen, Nerven, Blutdruck,
Gemüt.

6. Allgemeines

Sind Sie eher ein Morgen- oder ein Nachtmensch? Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich am besten und wann am schlechtesten?

Beeinflusst das Wetter Ihre Beschwerden?
Wenn ja, worauf reagieren Sie sensibel?

Wie vertragen Sie heißes Wetter?

Wie ist Ihre Wärmeregulation, d.h. frieren sie leicht oder ist Ihnen schnell zu warm?

Schwitzen Sie viel oder schnell? Wodurch kommen Sie ins Schwitzen und an welchen Körperpartien besonders? Ist der Schweiß auffällig (färbt die Wäsche, ist klebrig, scharf oder übelriechend)?

Worauf reagieren Sie empfindlich? Geräusche, Gerüche, Berührung, Hartliegen, Druck, enge Kleidung, heißes Baden oder anderes?

Wie ist Ihre Wundheilung?
Bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Gab oder gibt es Hautveränderungen: Warzen, Herpes, Pigmente, Keratosen, rote Pünktchen, Risse, Ekzeme und anderes?

Leiden Sie unter Schwindel oder Ohnmachtsanfällen?

7. Appetit und Verdauung

Wie ist Ihr Appetit?

Wie ist Ihr Durst?

Welche Speisen essen Sie sehr gerne?

Was mögen Sie überhaupt nicht?

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?

Treten Erscheinungen auf, wenn Sie längere Zeit nichts gegessen oder getrunken haben? Wenn ja, welche?

Gibt es Situationen, die Ihnen auf den Magen schlagen können? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen oder Sodbrennen?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? Ist Farbe oder Geruch auffällig?

8. Schlaf und Sexus

Wie ist Ihr Schlaf?

Was ist Ihre bevorzugte Schlafposition?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Sie gut schlafen?

Gibt es Auffälligkeiten wie Schnarchen, Ruhelosigkeit, Reden, Lachen, Zähneknirschen, Schwitzen, Frösteln oder anderes während des Schlafens?

Wovon träumen Sie?

Gibt es Traum inhalte, die sich wiederholen? Wenn ja, welche?

Wie ausgeprägt schätzen Sie Ihre Libido ein? Nennen Sie eine Zahl zwischen 1 (schwach) und 10 (sehr stark)!

Gibt es Probleme im sexuellen Bereich? Wenn ja, welche?

Nur für Frauen:

Nehmen Sie die Pille?

Wann war die 1. Menses?

Gibt es Beschwerden vor, während oder nach der Menses? Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter Beschwerden während der Wechseljahre?

9. Gemüt

Wie würden Sie sich selbst beschreiben und charakterisieren?

Worauf reagieren Sie empfindlich?

Haben oder hatten Sie Ängste?
Wenn ja, welche?

Wie schätzen Sie Ihr Selbstvertrauen ein? Nennen Sie eine Zahl zwischen 1 (niedrig) und 10 (hoch).

Falls es ein solches Ereignis in Ihrem Leben gab: Was bereitete Ihnen bisher den größten Kummer?

Gab es jemals in Ihrem Leben depressive Phasen? Wenn ja, weshalb?

Welche Hobbys haben Sie?

Was ist Ihre Lieblingspflanze?

Was ist Ihr Lieblingstier?

Welche Materialien mögen Sie gerne?

Welche Farbvorliebe haben Sie?