

## Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon, Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Beihilfe: \_\_\_\_\_

Die Homöopathie ist ein Geschenk für diejenigen, die an einer grundsätzlichen Besserung ihrer Gesundheit, bzw. an der Chance einer fundamentalen Heilung interessiert sind. Die homöopathische Behandlung zielt auf Ihre Vitalenergie (Dynamis). Daher werden Sie immer als Einheit von Körper, Seele und Geist **mit** ihrer Krankheit, ohne jegliche Wertung betrachtet.

Der Fragebogen im Zusammenhang mit dem Anamnesegespräch soll mir helfen, sie mit Ihren Eigenschaften, Vorlieben und Abneigungen besser kennen zu lernen. Es geht dabei nicht um die Bewertung ihrer Person, ihres Wesens oder ihrer Eigenarten, sondern das Sammeln von Fakten, um das für Sie homöopathisch wirkende Arzneimittel zu finden!

Denken Sie bitte daran, dass alle Fragen ihren Sinn haben! Häufig sind gerade die Unangenehmen von sehr großer Bedeutung. Beantworten Sie daher **jede** Frage, so wie es sich bei Ihnen **tatsächlich** darstellt! Die allgemeine Antwort „normal“ hilft mir nicht. Weiterhin ist wichtig, ob es eine Ursache gibt und wie sich die Zustände seit dem Auftreten der Krankheit verändert haben.

Beispiele: Im Allgemeinen haben Sie vielleicht ein Wärmeverlangen, weil ihnen immer kalt ist. Ihre Beschwerden reagieren aber eher negativ auf Wärme, so dass sie eher eine Erleichterung durch kühlende Maßnahmen haben. Oder sie haben vielleicht vor ihrer Krankheit Wärme eher schlechter vertragen, wohin gegen sie jetzt lieber Wärme wünschen.

---

### Vitalwerte

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_ Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm

Datum der letzten Messung: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_ mm/Hg Puls: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Messung: \_\_\_\_\_ Blutzucker: \_\_\_\_\_ mg/dl; \_\_\_\_\_ mmol/l

Datum der letzten Messung: \_\_\_\_\_ Cholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl; \_\_\_\_\_ mmol/l

sonstige relevante Blutwerte: \_\_\_\_\_

---

---

Schreiben Sie **alle derzeitigen** Krankheiten/Diagnosen auf. Auf welcher Körperseite treten die Beschwerden jeweils auf?

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel und Naturheilpräparate nehmen Sie zurzeit ein?  
Produktnamen      eingesetzt gegen      Dosierung (morgens, mittags, abends, zur Nacht)

Welche medizinischen Maßnahmen nehmen Sie zurzeit in Anspruch und welche sind in naher Zukunft geplant?

**Welche Krankheiten gibt es oder gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft?**

Krebs/gutartige Tumore, TBC/Lungenerkrankungen/Asthma, Hautausschläge/Schuppenflechte, Neurodermitis/Warzen, Diabetes/Übergewicht, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck/Schlaganfall, Gefäßkrankungen/Venenleiden, Offene Beine/Arteriosklerose, Rheumatismus/Gicht, Nierenerkrankungen/-steine, Blasenerkrankungen/-steine, Lebererkrankungen/Gallensteine, Magenerkrankungen/-geschwüre, Pankreaserkrankungen, Myome/Zysten, Epilepsie/Parkinson/Lähmungen, Multiple Sklerose, Gonorrhoe/Syphilis, Malaria/Typhus/Meningitis, Depressionen/Suizide/-versuche, Geisteskrankheiten, Alkoholismus/Drogensucht, Medikamentenabhängigkeit, Missbildungen/plötzlicher Kindstod, Fehl-, Früh- oder Todgeburten

**Mutter:** geb.: gest.:

an:

**Vater:** geb.: gest.:

an:

**Großmutter** (mütterlicherseits): geb.: gest.:

an:

**Großvater** (mütterlicherseits): geb.: gest.:

an:

**Großmutter** (väterlicherseits): geb.: gest.:

an:

**Großvater** (väterlicherseits): geb.: gest.:

an:

**Geschwister:**

**Onkel und Tanten:**

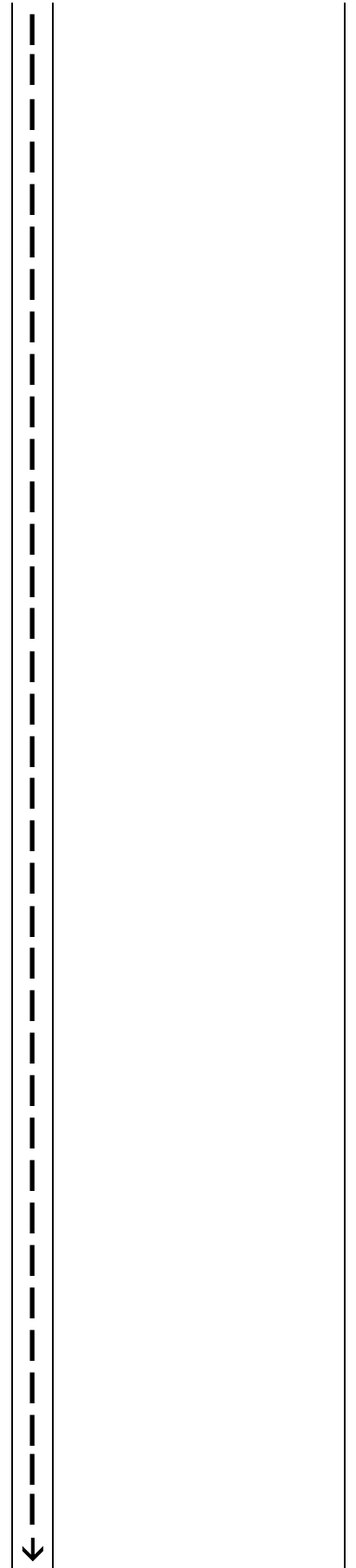
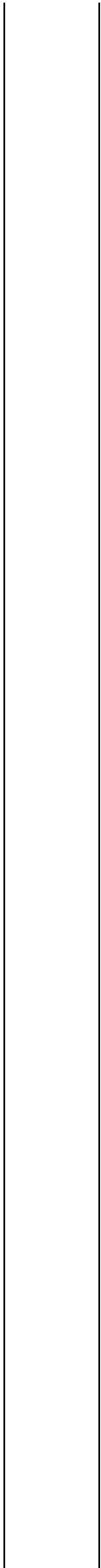
**Eigene Krankheitsbiografie**

Bitte erstellen Sie eine **lückenlose**, chronologische Aufstellung **aller** Ihrer bisherigen Krankheiten, Gesundheitsstörungen und ärztlichen/heilpraktischen/naturheilkundlichen Maßnahmen bis heute. Halten Sie bitte den zeitlichen Ablauf ein. Notieren Sie bitte möglichst das genaue Datum und die Dauer, sowie die ergriffenen Maßnahmen und die Reaktionen darauf.

Tragen Sie **alle Impfungen** mit Reaktionen, **alle Hauterscheinungen**, welche auch immer es waren und deren Behandlung, mag es für sie auch unbedeutend sein, ein!

Lassen Sie bitte die Spalte Bemerkungen für meine Eintragungen frei.

Datum	Krankheiten, med. Maßnahmen, Impfungen, Operationen, usw.	Bemerkungen
	<p><b>Geburt</b> (Komplikationen, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange, Sturzgeburt, Nabelschnur um Hals, Steckengeblieben, APKA, O<sup>2</sup>-Mangel, usw.)</p>	<div style="border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; height: 682px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 0; right: 0;">↓</div> </div>



## **Emotionen**

Wie hat sich Ihre psychische Verfassung während ihrer Krankheit verändert?

Welche Emotionen herrschen momentan vor, wie Traurigkeit oder Wut? Was lindert oder verstärkt die Traurigkeit/Wut?

Können Sie weinen oder weinen Sie nie? In welchen Situationen? Welche Wirkung hat das Weinen auf Sie? Wie wirken Trost und Zuwendung, körperliche Berührung bei Ihnen? Wie haben Sie den Trost am liebsten? Von wem?

Wünschen Sie lieber Gesellschaft oder Alleinsein, wobei fühlen Sie sich am wohlsten?

Welche Befürchtungen oder Ängste haben Sie bezüglich der Krankheit?

**Welche Ängste / Befürchtungen / starke Abneigungen** hatten Sie als Kind und unter Welchen leiden Sie jetzt? Angst beim Alleinsein, in der Dunkelheit, vor Einbrechern, um andere Menschen, um die Kinder, um die Familie, vor Tieren, Hunden, vor scharfen oder spitzen Gegenständen, öffentlich aufzutreten, vor der Zukunft, vor dem Tod, vor Krankheiten, vor Wasser, Angst vor oder bei Gewitter, Furcht zu fallen, in der Höhe, den Verstand zu verlieren, Furcht vor der Nacht, geschlagen zu werden, berührt werden, vor großen Plätzen, vor dem Fliegen, vor/bei Prüfungen, Räubern, Angst vor etwas, wovon sie gehört oder gesehen haben ohne dass es sie direkt betrifft, Tiere (Spinnen, Schlangen) Höhenangst, Platzangst, Tunnel, Lift, Menschenmengen und welche Beschwerden treten dann auf?

## **Schlaf**

Wie ist Ihr Schlaf? Ruhig/unruhig/kann nicht einschlafen/kann nicht durchschlafen/regelmäßiges Erwachen/Erwachen zu einer bestimmten Stunde/reden/Schlafwandeln/aufschreien/aufschrecken Zugedeckt bis über den Kopf/abgedeckt, Füße zu warm, herausgestreckt/Füße kalt, Frieren im Schlaf/Schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen, Arme über dem Kopf

Wird Ihr Schlaf gestört durch Geräusche/Herzklopfen/Hunger/Unruhe/Schwitzen/Aufschreien/Zuckungen/Träume/Bewegungen der Gliedmaßen? Gibt es wiederkehrende Träume?

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht und welche Symptome treten dann auf?

(U = Unverträglichkeit)

Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein ausgesprochenes Verlangen oder sind gierig?

(V = Verlangen); Gibt es ein Verlangen mit nachträglicher Unverträglichkeit und wenn, welcher Art?

Gegen welche Speisen oder Getränke haben Sie eine unüberwindliche Abneigung?

(A = Abneigung)

Bier	Gemüse	Geräuchertes
Wein	Karotten	Salziges
Milch	Kartoffeln	Saures
Kaffee	Kohl	Süßes
Tee	Zwiebeln	Süßigkeiten
kalte Getränke	rohe Speisen	Bitteres
warme Getränke	Salate	Kuchen
Brot	Obst	Eis
Butter	scharfe Speisen	Schokolade
Käse	fette Speisen	Tabak
Eier	Austern	sonstiges
Milchprodukte	Muscheln	
Fleisch	Fisch	

Wie ist Ihr Durst? Groß mit kleinen/großen Schlucken, wenig Durst/kein Durst, lieber warm/kalt?

Wie viel trinken Sie etwa pro Tag?

**Stuhlgang:** täglich/jeden . Tag, Verstopfung/Durchfall, wechselnd, Würmer, Clostridien/andere, Hell/dunkel/schleimig/blutig, übelriechend/geformt/knollig/hart/Schafkotartig/trocken/klebrig/dünn bleistiftdünn/breiig/wässrig/wegspritzend, schmerzlos/schmerzhaft/krampfartig/brennend/stechend wundmachend, drängend/plötzlich/zurückschlüpfend, Stuhldrang ohne Erfolg/kann nicht halten

Welchen Umwelt- oder Umgebungsbelastungen sind sie ausgesetzt gewesen, heute noch ausgesetzt oder fühlen sich ihnen ausgesetzt? (Handystrahlung, Elektrosmog, Röntgenstrahlen, Magnetfelder, radioaktive Strahlung, Haarspray, Aerosole, Farben/Lacke, (Form-)Aldehyde, Gase, BCB, BCP, Lindan, Dioxine, Amalgam, Blei, Kontaktallergene, Asbest, Flugreisen, Nachtarbeit usw.).

Wie reagieren Sie auf diese Belastungen?

Welche arzneilich wirkenden Stoffe nehmen Sie, bewusst oder unbewusst, über ihre Nahrung, Getränke oder Pflegeartikel auf? Aspartam (Süßstoff in Lightprodukten), Bisphenol A (in Plastik), Coffein (Shampoos, Pflegeartikel), Taurin (Energydrinks), Kräutertee (Kamille, Salbei, Baldrian, usw.), Kräutermischungen (z.B. von Schuhbeck), Ingwer, Arnikaalbe, ätherische Öle (Salben, Raumdüfte), Kampfer (Erkältungsbalsam), Ibuprofen, Diclophenac o.ä. (Schmerzsalben), Zink (Salben, Shampoos). Welche Reaktionen gibt es auf diese Stoffe?

Welche Hauterscheinungen hatten oder haben Sie? (Blutschwamm, Milchschorf, Windeldermatitis, Ausschläge, Neurodermitis, Psoriasis, Feuermale, Weißflecken, sonstige Pigmentstörungen, allergische Hautreaktionen [Nickel, chem. Substanzen, Blüten, Hausstaub, usw.], Warzen, Lipome, Muttermale, Café au lait-Flecken, Leberflecken, usw.). Wann traten sie auf und wie wurden sie behandelt?