

Homöopathischer Fragebogen zur Erstanamnese

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

um möglichst genaue Angaben über Ihre aktuellen Beschwerden, Ihre Krankheitsvorgeschichte, Ihre Reaktionen auf Umwelteinflüsse und allgemeine körperliche Reaktionsweisen zu erfahren, ist dieser Fragebogen entwickelt worden. Für die Bestimmung eines homöopathischen Arzneimittels reicht es nämlich nicht, den Namen der Krankheit oder die Diagnose zu wissen. Vielmehr ist es wichtig die Person in all ihren Eigenheiten zu erfassen. Auch scheinbar unwichtiges und für Sie lange gewohntes kann für die Wahl der Arznei von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb so viele Fragen wie möglich. Sollten Sie zu einem Punkt nichts niederschreiben wollen, sondern dies lieber persönlich besprechen, machen Sie bitte ein Kreuzchen. Wenn der Platz nicht ausreichen sollte, nutzen Sie auch die Rückseite. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

1. Hauptbeschwerden (was führt Sie zur homöopathischen Behandlung, momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf. Hat die Krankheit einen Zusammenhang zu einem bestimmten Ereignis in Ihrem Leben?)

2. Frühere Erkrankungen (auch Operationen, Allergien, frühere Erkrankungen nach Möglichkeit mit Datum versehen)

3. Familiäre Erkrankungen (Vater, Mutter, Großeltern und Geschwister. Gibt es Krankheiten wie Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, seelische Krankheiten, Erbkrankheiten oder Geschlechtskrankheiten?)

4. Persönliche Vorgeschichte im Kindes- und Jugendalter (Besonderheiten bei der eigenen Geburt oder im Säuglingsalter, Entwicklung im Kleinkindalter, Infektionskrankheiten. Hautkrankheiten?)

5. Alle Impfungen (bitte dem Impfpass mitbringen), wie sind die Impfungen vertragen worden?

6. Schwitzen

Zu welcher Tageszeit und in welchen Situationen schwitzen Sie?

Wie stark schwitzen Sie?

An welchen Körperteilen schwitzen Sie?

Wie ist der Schweiß? Färbt er die Wäsche?

Riecht er auf eine besondere Weise?

Macht er wund?

Spüren Sie ein besonderes Wärme- oder Kältegefühl in einem Bereich des Körpers zu einer bestimmten Zeit? Haben Sie ein brennendes Hitzegefühl in den Händen oder Fußsohlen? Wann? Wo?

7. Essen und Trinken

Wie ist Ihr Appetit? Wann haben Sie Hunger? Wie schnell essen Sie?

Wie ist Ihr Durst?

Was mögen Sie am liebsten essen oder trinken?

(bitte beachten Sie besonders folgende Geschmacksrichtungen: süß, salzig, sauer, scharf, fettig)

Wogegen haben Sie eine Abneigung?

Welches Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht?

8. Stuhlgang

Leiden Sie unter Verstopfung oder Durchfall?

Wann und wie oft haben Sie am Tag Stuhlgang?

Leiden Sie unter Blähungen?

9. Wasserlassen / Urin

Haben Sie beim Wasserlassen Beschwerden?

Irgendwelche Schwierigkeiten in Bezug auf den Wasserstrahl, z.B. langsamer Start, unterbrochen, schwach, tröpfeln usw.?

Kommt manchmal unwillkürliches Wasserlassen vor?

10. Kopf-zu-Fuß

Haben Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?

Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht)

Augen: (Tränenfluss, Sehstörungen, Gerstenkörner, Hagelkörner)

Ohren: (Tinnitus, Hören, Ausfluss, Juckreiz)

Mund: (Geschmackssinn, Mundgeruch)

Zunge: (Belag)

Lippen: (Herpes, Risse, Haut, die sich ablöst)

Zähne: (Karies)

Hals: (Mandeln, Schwierigkeiten beim Schlucken, Engegefühl, Stimme)

Lunge, Bronchien:

Herz:

Rücken, Gelenke, Arme, Beine:

Bauch: (Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit)

Haut, Haare, Nägel, Eitern, Heilen von Wunden:

Haben oder hatten Sie Muttermale, Warzen, Fettgeschwülste oder sonstige Knoten?

Sexualität:

11. Für Frauen:

In welchem Alter hatten Sie erstmals Ihre Periode?

Gab/ gibt es Schwierigkeiten damit?

Ist die Periode regelmäßig oder unregelmäßig?

Wie lange dauert die Blutung?

Beschwerden oder Stimmungsschwankungen vor, während oder nach der Blutung?

Schwangerschaftsverhütung (aktuell und früher)?

Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren?

Fehlgeburt? Ausschabung? Schwangerschaftsbeschwerden? Gebärmuttersenkung? Befund am Muttermund?

12. Schlaf

Bitte beschreiben Sie Ihre Schlafstellung (Rückenlage, Seitenlage, Bauch).

Besonderheiten während des Schlafens (Schnarchen, Schwitzen, Speichelfluss, Sprechen, Weinen, Schlafwandeln, Erwachen, um welche Uhrzeit? Strecken Sie nachts die Beine unter der Decke hervor? Schlafen Sie bei offenem Fenster?)

13. Wie vertragen Sie ...?

Wetterwechsel:

Heißes oder kaltes Wetter:

Sturm:

Gewitter:

Wind:

Meer:

Sonne:

Zugluft:

Warme Badewanne:

Sitzen, aufrecht sitzen, stehen:

Geräusche, plötzliche Geräusche:

Musik:

Licht:

Starken Geruch:

Tabakrauch:

Enge Kleidung:

Warmes Zimmer, Ofenhitze:

Frische Luft:

Welches ist Ihre häufigste Beschwerdeseite?

Gibt es eine Zeit am Tag (wenn möglich mit Uhrzeit), in der es Ihnen nicht so gut geht, sie ein „Tief“ haben?

14. Wie geht es Ihnen.....?

Bei Ärger:

Vor wichtigen Verabredungen, Prüfungen?

Nach Weinen (erleichtert oder nicht)?

In einer Menschenmenge?

In einem geschlossenen Raum?

Beim Denken an eine Krankheit?

Beim Alleinsein?

In Gesellschaft?

Bei körperlicher Anstrengung?

Beim Fahren (Auto, Bus)?

15. Geistes- und Gemütssymptome (bitte benutzen Sie, wenn der Platz nicht ausreicht die Rückseite)

Haben Sie Schwierigkeiten in Bezug auf Ihre geistige Fähigkeit oder Ihr Gedächtnis?

Wie ist Ihre Willenskraft, Ihr Selbstvertrauen?

Tauchen manchmal Gedanken auf, die Sie lieber nicht hätten? Welche? Unangenehme Empfindungen?

In welchen Situationen weinen Sie?

Wie fühlen Sie sich, wenn jemand Mitleid zeigt oder Sie trösten möchte?

Sind Sie rasch gereizt?

Was macht Sie ärgerlich?

Unter welchen Umständen sind Sie eifersüchtig?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch?

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft? Sind Sie lieber alleine?

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung, Unordnung? Gibt es einen Bereich, in dem Sie pingelig sind?

Was macht Ihnen Angst? (Tiere, Dunkelheit, Enge, Menschenmenge, Höhenangst, Gewitter, Einbrecher, unbegründete Angst zu fallen, Krankheiten, Furcht den Verstand zu verlieren, der Zukunft, Prüfungsängste, Gespenster, anderes?)

Was waren Ihre größten Sorgen oder Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

Ihre größten Freuden?

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders?

Wenn andere Sie beschreiben sollten, was würden sie über Sie sagen?

Gibt es Stimmungszustände oder Eigenschaften, die Ihnen unangenehm sind, die Sie, obwohl Sie Ihnen bewusst sind, kaum beeinflussen können?

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnisse, Partnerschaft, Freundschaft, Beruf, Aktivitäten? Und

Wie sieht für Sie die Zukunft aus? (Wünsche, Befürchtungen, Pläne)

Wenn sie drei Wünsche frei hätten, welche wären diese?