

Großer Homöopathie- Fragebogen (F) (HP Gregor Bendel)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen sollte von Ihnen vor dem ersten Anamnesegegespräch in aller Ruhe alleine ausgefüllt werden, und ca. 1 Woche vor dem ersten Termin in der Praxis abgegeben werden. Das erleichtert und verkürzt die Erstkonsultation. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Bitte beantworten sie die Fragen gewissenhaft, lassen Sie nichts Wichtiges aus, unterstreichen Sie zutreffendes, ergänzen Sie zusätzliches. Diese ausführlichen Fragen aus allen Lebensbereichen dienen ausschließlich der homöopathischen Mittelfindung.

Angaben zur Person:

Name, Vorname:.....

Straße, Hausnummer:.....

Wohnort:.....

Telefon/Email:.....

Größe/Gewicht:.....

Geburtsdatum:.....

Familienstand/Kinder:.....

Beruf/ zur Zeit ausgeübte Tätigkeit:.....Versicherung:.....

Fragebogen ausgefüllt am:

1 Familienanamnese:

Gab es bisher in Ihrer Familie schwerere Erkrankungen (bei den Großeltern, Eltern, Geschwistern) wie z.B. Tumore, Tuberkulose, Stoffwechselerkrankungen, Geisteskrankheiten, Selbstmorde, Geschlechtskrankheiten, etc.? Bitte listen Sie auf, was Ihnen bekannt ist.

2 **Spontanbericht** Beschreiben Sie mit eigenen Worten, unter welchen Beschwerden Sie *momentan* leiden, was Ihre Hauptbeschwerden sind, die behandelt werden sollen und Sie in Behandlung geführt hat:

3 Causa. Seit wann leiden Sie an ihren Beschwerden, was war prägend oder hat sich geändert in der Zeit oder kurz bevor die Beschwerden begannen (Trauer, Schreck, Umzug, Trennung, Krankheit, Impfung, Ärger, Unterkühlung etc.) Wie haben sich die Beschwerden seit dem entwickelt, welche Therapien wurden angewendet (Medikamente)?

Bei Bedarf verwenden Sie bitte ein Extrablatt oder die Rückseite.

4 Modalitäten. Was bessert Ihre Beschwerden? Was machen Sie, um sich Linderung zu verschaffen? (außer Medikamente) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? Wodurch werden sie ausgelöst? (Bewegung, Ruhe, Kälte, Wärme, Druck, Reiben, Dunkelheit, frische Luft, Trinken, Essen, Liegen, Musik, Lärm etc.)

5 Welche Beschwerden hatten Sie *früher* einmal, welche häufigen Krankheiten, welche Operationen, welche Medikamenteneinnahmen über längere Zeit? Neigen Sie zu bestimmten Krankheiten?

6 Impfungen: Gab es im Zusammenhang mit Impfungen einmal Beschwerden, Nebenwirkungen oder Krankheiten, obwohl gegen diese geimpft wurde? Welche wurden durchgeführt?

Im Folgenden sind noch mal alle Körperbereiche aufgeführt, um von Kopf bis Fuß durchzugehen, ob nicht noch andere Symptome oder Auffälligkeiten vorhanden sind, Eigenarten vielleicht, die für Sie keinen Krankheitswert haben, aber doch für Sie typisch und einzigartig sind. Bitte schreiben Sie immer den genauen Ort dieser Symptome auf, die jeweiligen Empfindungen, wann sich die Symptome bessern oder verschlechtern und evtl. Begleitsymptome (z.B. vermehrtes Wasserlassen nach Kopfschmerzattacke). Hier sind zwei Beispiele für Sie:

a) Kopfschmerzen, stechend, in der Woche vor der Menstruation, in der Mitte der Stirn, besser durch kalte Auflagen,

b) Blähungen im Oberbauch, wie Kugel im Bauch, meist nachmittags nach 16 Uhr mit Spannungsgefühl um den ganzen Bauch, besser durch Wärmekissen oder Bewegung, ausgelöst durch fettes Essen.

7 **Kopf.** Gibt es im Kopfbereich Symptome oder Empfindungen, z.B. Kopfschmerzen, Beschwerden mit den Haaren, Hitze - oder Kältegefühl, Schweiß, Schwindel, etc.?

8 **Augen** Haben Sie Beschwerden oder Empfindungen beim Sehen oder mit den Augen, z.B. Sehstörungen, Nachtblindheit, Trockenheit, Sandgefühl, Schmerzen, Juckreiz, Absonderungen, gestörter Tränenfluss, Lidexzeme etc.?

9 **Ohren** Haben Sie Beschwerden mit den Ohren, wie z.B. Ausfluss, Schmerzen, Entzündungen, Geräuschempfindlichkeit, Hörschwäche, Ohrgeräusche, Ekzeme, Windempfindlichkeit, etc.?

10 **Nase** Haben Sie Symptome an der Nase, wie z.B. Trockenheit, Schnupfen, Verstopfung, Nasenbluten, Geruchsempfindlichkeit, Geruchsverlust, Heuschnupfen, Niesen, Juckreiz, Entzündungen, Ekzeme, etc.?

11 **Gesicht** Gibt es Symptome im Gesicht, wie z.B. Schwellungen, Lymphknotenschwellungen, Hautveränderungen, vermehrtes Schwitzen, Verfärbungen, besondere Empfindungen etc.?

12 **Mundhöhle mit Rachenraum.** Gibt es hier Veränderungen z.B. an der Mundschleimhaut, der Zunge, dem Zahnfleisch, den Lippen, wie Trockenheit, Bläschen, Risse, Beläge, veränderter Speichelfluss, Mundgeruch, Geschmacksveränderungen, etc.?

13 Haben Sie Probleme mit den **Zähnen** und wie sind diese saniert?

14 Haben Sie häufig **Halsentzündungen**, Schluckbeschwerden, Heiserkeit oder Veränderungen der Stimme ?

15 **Brustkorb** Haben Sie Symptome wie z.B. Atemnot, Herzstechen, Schmerzen, Hautveränderungen, etc.?

16 **Husten.** Haben Sie öfter Husten? Beschreiben Sie ihn genau (Tages-Nachtzeit, anfallsweise, chronisch, Klang, Auswurf, wie sieht der aus, trocken, schmerzhaft, was bessert, was löst ihn aus)

17 **Rücken.** Haben Sie Rückenbeschwerden? Beschreiben Sie, was diese auslöst oder bessert. Wo genau sind sie ?

18 **Gliedmaßen.** Bestehen Gliederschmerzen? Wo genau ? Gibt es andere Symptome wie z.B. Taubheitsgefühl, Hautveränderungen, Verfärbungen, Juckreiz, Ekzeme, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, kalte Hände/Füße?

19 **Magen.** Haben Sie Magenprobleme wie z.B. Schleimhautentzündungen, Unverträglichkeiten, häufiges Erbrechen, Luftaufstoßen, Sodbrennen, Krämpfe, Völlegefühl oder schnelle Sättigung ?

20 Wie ist der **Appetit?** (Wechselhaft, Heißhungerphasen)

21 Nach welchen **Nahrungsmitteln** haben Sie verstärktes **Verlangen**, was sind Ihre Leibspeisen?

22 Gegen welche **Nahrungsmittel** haben Sie eine **Abneigung** oder gar Ekel, welche vertragen Sie nicht?

23 Wie ist der **Durst**, was trinken Sie am liebsten? Müssen Sie sich zum Trinken "zwingen"?

24 **Bauchraum:** Haben Sie Symptome im Bauchraum, wie z.B. Blähungen, Schmerzen, Völlegefühl, Krämpfe, langsame oder schnelle Verdauung?

25 **Enddarm (Rektum), Anus, Stuhlgang.** Gibt es hier Symptome? Hämorrhoiden, Verstopfung, Durchfälle, Wundheit am After, Einrisse, Auffälligkeiten in Bezug auf Geruch, Farbe und Konsistenz des Stuhls, Beschwerden beim Entleeren des Stuhls.

26 **Blase, Nieren, Prostata.** Gibt es hier Symptome oder Auffälligkeiten wie z.B. Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Steinbildung, Schmerzen? Wie ist der Urin in Bezug auf Farbe und Geruch ?

27 **Fiebrige Erkrankungen.** Haben Sie häufig Fieber, wie hoch steigt es dann, kommt es plötzlich, frieren Sie dabei, wie lange hält es an, schwitzen Sie dabei?

28 **Allgemeine Modalitäten**. Hier sollen Sie beschreiben, welche Bedingungen Ihren Allgemeinzustand verändern, bessern oder verschlechtern.

Gibt es Tages- oder Nachtzeiten, oder Jahreszeiten, zu denen es Ihnen schlechter oder besser geht?

29 Sind Sie auffallend von bestimmten Witterungsverhältnissen abhängig: wie ist es beim trockenen, beim nassen **Wetter**, bei kaltem, bei warmem Wetter usw.; was verschlimmert sich da? Sind Sie empfindlich gegen Zugluft?

30 Wie verändert **Bewegung** und Sport ihr Allgemeinbefinden?

31 Reagieren Sie auf den **Mond** ?

32 Haben Sie Verlangen nach frischer **Luft**? Wie sehr ist das ausgeprägt?

33 Gibt es bestimmte **Körperhaltungen**, die Sie nicht über längere Zeit einnehmen können? (Sitzen, Liegen, Stehen, etc.)

34 Hat **Essen** auf Ihr Allgemeinbefinden einen Einfluss ? Wie geht es Ihnen vor, nach, während dem Essen?

35 Wie vertragen Sie enge **Kleidung**, Wollkleidung, Gürtel, Rollkragenpullover, Schals, etc.?

36 Sind Sie sehr sensibel für **Gerüche, Geräusche, Licht** und atmosphärische Veränderungen?

37 **Haut** Gibt es Symptome an der Haut? Neigen Sie zu unreiner Haut, Trockenheit, Juckreiz oder Schuppenbildung?

39 Haben oder hatten Sie Warzen, Schwielen, Schwellungen, Wassereinlagerungen, Hautverfärbungen, Muttermale?

40 **Schweiß.** Schwitzen Sie schnell, häufig oder nur oder vermehrt an bestimmten Körperteilen? Wie ist der Schweiß? (klebrig, wässrig, stark riechend)

41 **Kindheit.** Gab es Besonderheiten in Ihrer Kindheit ? Waren Sie oft krank, gab es einen größeren Kummer, etc. Berichten Sie:

42 **Schlaf und Träume.** Wie ist der Schlaf? (Einschlafen, Erwachen) In welcher Lage schlafen Sie, sind Sie immer gut zugedeckt? Gibt es wiederkehrende Träume oder sehr imposante Träume? Sprechen Sie im Schlaf oder besteht Zähneknirschen?

43 **Sexualität, Geschlechtsorgane.** Haben Sie einen festen Sexualpartner? Führen Sie ein zufriedenes Sexualleben? Gibt es Auffälligkeiten? Ist das Verlangen gesteigert oder vermindert? Haben Sie eine Abneigung gegen den Verkehr bekommen; was nehmen Sie als Ursache an, fehlt die Lust total; könnten Sie auf einen festen Sexualpartner auf Dauer verzichten?

44 In welchem Alter war der erste Geschlechtsverkehr? Haben Sie beim Verkehr Beschwerden (Erregungs- oder Empfindungsstörungen), körperliche, seelische; bessert oder verschlechtert Geschlechtsverkehr andere Symptome?

45 Gibt es oder gab es Symptome an den Geschlechtsorganen? (Ausfluss, Absonderungen, Juckreiz, Rötungen, Warzen, etc.)Haben oder hatten Sie jemals eine Geschlechtskrankheit, wann und welche. (Bitte angeben, auch wenn diese Krankheit auskuriert wurde.)

46 In welchem Alter trat die erste Regel auf? Ist sie jetzt regelmäßig? In welchen Abständen und wie lange/Tage dauert die Regel?

47 Haben Sie Beschwerden vor, während oder nach der Regel oder sonst regelmäßig zu einem bestimmten Zeitpunkt Ihrer Periode?

48 Gibt es Auffälligkeiten, was Ihre Regel, bzw. das Monatsblut angeht? (reichlich, dunkel, übelriechend, nur zu bestimmten Tageszeiten fließend, etc.)

49 Gibt es Beschwerden oder Auffälligkeiten mit der Brust? Absonderungen, Veränderte Brustwarzen, Schwellungen, Seitenunterschiede, Empfindlichkeiten etc.

50 Wie verhüten Sie, schwanger zu werden?

--	--

51 Hatten Sie Fehlgeburten; in welchem Monat, was war der Grund?

--	--

52 Wenn Sie schon schwanger waren, gab es da Auffälligkeiten, wie verlief die Geburt und das Wochenbett?

53 Wenn Sie im Klimakterium sind oder waren, gab es da Auffälligkeiten? Beschreiben Sie!

Lesen Sie nun die folgenden Fragen über "Veranlagungen", über Temperament und charakterliche Eigenschaften durch; da jeder Mensch seinen individuellen Charakter hat, wird nicht nach üblichen, gewissermaßen selbstverständlichen Merkmalen gefragt. Wichtig ist vielmehr, ob sich charakterliche Eigenschaften finden, die auffallend von der Norm abweichen bzw. sich in auffallender Weise verändert haben (z. B. im Zusammenhang mit der Erkrankung).

Diese Fragen sind nicht deshalb gestellt, um eine charakterliche Beurteilung zu haben, sondern um anhand bestimmter auffälliger oder veränderter Verhaltensweisen auf seelischem Gebiet ein passendes Mittel zu finden;

z. B. ein Patient mit einem Magengeschwür benötigt, wenn er dabei eine depressive oder gleichgültige Stimmung aufweist, ein ganz anderes Medikament, als einer, der dabei auffallend gereizt oder launisch geworden ist; und ein pedantischer Mensch benötigt für die gleiche Krankheitserscheinung ein ganz anderes Mittel als einer, der zur Unordnung oder Nachlässigkeit neigt.

Die folgenden Fragen sind als Beispiele und Anhaltspunkte gedacht. Auffallende andere Verhaltensweisen usw. sollten Sie außerdem angeben.

Bedenken Sie, dass gut beobachtende Menschen aus Ihrer Umgebung oder Angehörige manchmal "mehr von Ihnen wissen" als Sie selber: verwerten Sie gerade in diesem Abschnitt auch deren Urteil über Sie - vorausgesetzt, dass Sie deren Meinung als objektiv und ehrlich empfinden.

Vergessen Sie also nicht, dass im Folgenden mehr oder weniger nur solche "Qualitäten" bei den entsprechenden Fragen und Abschnitten gesucht werden, die (einigermaßen) deutlich von der Norm abweichen.

Gemüt, Geist

54 Beschreiben Sie Ihren Gemütszustand spontan, auch wie Sie früher waren, oder wann und warum sich Ihr Gemütszustand geändert hat?

55 Sind Sie ein milder Mensch, der harmoniebedürftig ist, anhänglich, leise in seiner Art, zurückhaltend, oder sind Sie eher reizbar, aufbrausend, laut und zu Zorn und Wut aufgelegt? Bitte beschreiben Sie sich.

56 Haben Sie Ängste, z.B. vor der Zukunft, um Ihre Genesung, um das Wohl der Familie, oder vor Tieren, Hunden, Spinnen, vor dem Fliegen, in engen Räumen, unter vielen Menschen oder in der Höhe, bei Gewitter etc.

57 Sind Sie ein ordentlicher Mensch, vielleicht sogar pedantisch, oder haben Sie auch den Überblick im Chaos und brauchen keine Ordnung?

58 Sind Sie nachtragend, grüblerisch, unzufrieden, eifersüchtig, leiden Sie schnell unter Heimweh?

59 Beschreiben Sie den bisher größten Kummer in Ihrem Leben und das bisher glücklichste Ereignis ? Wann war das jeweils?

60 Müssen Sie schnell weinen? Bei welchen Gelegenheiten? Wann und warum haben Sie letztmals geweint?

61 Wie steht es mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit? Wie ist Ihre Merkfähigkeit für Namen, Zahlen, Orte etc.?

Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

apathisch, gleichgültig, gegen alles, argwöhnisch, misstrauisch, eifersüchtig, furchtlos, wagemutig, hochmütig, stolz, hysterisch, wechselhaft, klagend, melancholisch, niedergeschlagen, mutlos, besorgt, mild, sanft, nachgiebig, geizig, mitleidend, nervös, aufgereggt, zappelig, schlampig, schüchtern, furchtsam, schweigsam, mürrisch, verdrießlich, sorgenvoll, seufzend, introvertiert, weinerlich, sentimental, überempfindlich, Widerspruch wird nicht vertragen, über Kleinigkeiten verärgert, unentschlossen, ungeduldig, beleidigend, rachsüchtig, trotzig, launisch, eigensinnig, wählerisch, ohne Selbstvertrauen.

Vielen Dank für Ihre Ausdauer beim Beantworten der Fragen. Wenn sie das Gefühl haben, noch etwas Wichtiges hinzufügen zu müssen, bitte ich Sie, das hier zu tun:
