

# Fragebogen für die homöopathische Behandlung Jugendlicher und Erwachsener

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Geburtszeit:

Familienstand:

Geschwister:

Berufliche Ausbildung:

## 0. Familie / Familienanamnese

0.1 Bitte Angaben über chronische Erkrankungen, aber auch über Geschlechtskrankheiten, Diabetes, Sucht- und Geisteserkrankungen, Krebs. Darüber hinaus eiternde und/oder zugewachsenen Ohringlöcher, eingewachsenen Zehennägel, nächtlicher Speichelfluss, Impffolgen, nicht angegangene Impfungen und ähnliches von Interesse. (Bitte so genau wie möglich nachforschen!)

Vater:

Mutter:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten

0.2 Welche weiteren Erkrankungen der Blutsverwandtschaft sind bekannt? Bitte Verwandtschaftsgrad angeben.

## **1. Krankengeschichte**

(evtl. mit der Mutter/dem Vater besprechen)

### 1.1 Kurzfassung

### 1.2 Unfälle

### 1.3 Impfungen: Wie wurden diese vertragen?

### 1.4 Medikamente: Unverträglichkeiten/ Welche nehmen Sie zur Zeit ein?

### 1.5 Allergien: Sind welche bekannt?

## **2. Anamnese**

### 2.1 Allgemeinsymptome

### 2.2 Wann fühlen Sie sich im Verlauf der 24 Stunden eines Tages am schlechtesten?

### 2.3 In welcher Jahreszeit fühlen Sie sich weniger gut?

### 2.4 Haben Sie Probleme mit dem Wetter? z.B. Nebel, Sturm, Wind, Regen, Schnee, Wetterwechsel, kaltes Wetter, heißes, trockenes Wetter?

### 2.5 Wie fühlen Sie sich, wenn Sie der Sonne ausgesetzt sind?

2.6 Welches Klima ist angenehmer: Meer oder Gebirge?

2.7 Haben Sie Probleme mit Zugluft?

2.8 Haben Sie genügend Körperwärme oder müssen Sie sich warm anziehen?  
Sind Sie „normal“ temperiert?

2.9 Wie ertragen Sie Autofahren, Schiffsreisen, Segeln, Reisen im Flugzeug?

2.10 Wie ertragen Sie Halsbänder, Gürtel oder enge Kleidung?

2.11 Wie ertragen Sie Geräusche?

### **3. Essen und Trinken**

3.1 Essen Sie gerne? Wie ist Ihr Appetit? Was ist Ihr Lieblingsessen? Was mögen Sie überhaupt nicht? Was vertragen Sie nicht?

3.2 Wie viel trinken Sie ca. am Tag? Haben Sie viel oder wenig durst? Was trinken Sie am liebsten?

### **4. Schlaf**

4.1 Was können Sie über Ihren Schlaf sagen?

4.2 Was können Sie über Ihre Träume berichten?

4.3 Haben Sie Träume, die sich wiederholen?

4.4 Haben Sie Träume, unter denen Sie leiden?

4.5 Schildern Sie den letzten Traum, an den Sie sich erinnern? Was erkennen Sie im Traum – möchten Sie den Traum gerne verändern?

## 5. Organsymptome

5.1 Kopf/Haare

- Farbe / kräftig / fein / fettig / trocken / glanzlos / filzig / kleben zusammen / Geruch (sauer / muffig) / Haarausfall / Schuppen / usw.

5.2 Kopfschmerzen

- Wo? (Stirn / Schläfen) / Ausstrahlung; Wie? (stechend / pochend); Begleitsymptome? (Sehstörungen / Schwindel / Übelkeit) / usw.

5.3 Gesicht

- Gesichtsfarbe / Sommersprossen / Ringe unter den Augen? / usw.

5.4 Augen

- Farbe / Augenfehlstellung / Schwachsichtigkeit / Ausfallen der Wimpern / usw.

5.5 Ohren

- Anomalien / Absonderungen / Ohrenschmalz vermehrt / usw.

5.6 Nase

- Neigung zum Schnupfen / Heuschnupfen / Polypen / Nasenbluten / usw.

#### 5.7 Mund

- Farbe / Form der Lippen / Herpes / Mundgeruch / usw.

#### 5.8 Zähne

- Stellung der Zähne (Zahnspange) / Farbe / frühzeitige Karies / usw.

#### 5.9 Hals

- Lymphknotenschwellungen / Schilddrüsenvergrößerung / Mandelentzündungen / usw.

#### 5.10 Atmung

- Atemgeräusche / Atmung erschwert / Bronchitis / Lungenentzündung

#### 5.11 Herz/Kreislauf

- Herzfehler / Herzschmerzen

#### 5.12 Verdauung

- Blähbauch / Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall

#### 5.13 Enddarm

- Schmerzen / Juckreiz / Hämorrhoiden

#### 5.14 Niere

- Fehlbildungen / Nierenerkrankungen / usw.

## 5.15 Genitalien

## 5.16 Knochen/Nägel

- Haltungsanomalien / Gelenkerkrankungen / Aussehen der Nägel / usw.

## 5.17 Haut

- trocken / fettig / rissig / empfindlich / Warzen / Hautmale / usw.

## 5.18 Schweiß

- Schwitzen Sie stellenweise? / Schwitzen Sie leicht? / Geruch / usw.

## 5.19 Wundheilung

- Wundheilung / Blutungsneigung / usw.

## 6 Gemütssymptome

6.1 Wenn Sie sich für ein halbes Jahr verwandeln dürften - in was würden Sie sich verwandeln?

6.2 Wie fühlen Sie sich in einem Raum voller Menschen?

6.3 Gibt es Umwelteinflüsse, die Sie krank machen?

6.4 Haben Sie Tagträume? Haben Sie Fantasien?

6.5 Wenn Sie bei einer Fee 3 Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

7 Wie stehen Sie zur Religion?

8 Schule / Beruf

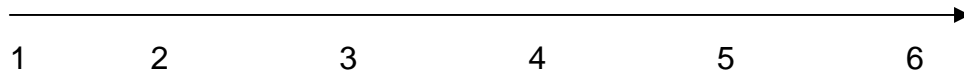
- was gefällt Ihnen / gefällt Ihnen nicht

9 Hobbies

10 Wie stehen sie zu Tieren?

11 Rauchen Sie? Was und wie viel rauchen Sie?

12 Wie sehen Sie Ihre Kraft?



13 Was können Sie über Ihre Kindheit sagen?

14 Wie reagieren Sie auf Kummer / Enttäuschung?

15 Was macht Sie wütend?

16 Was kränkt Sie?

17 Lieben Sie Trost?

18 Welches waren die Momente größter Freude in Ihrem Leben?

19 Haben Sie eine Enttäuschung noch nicht vergessen?

20 Welches waren die Momente größter Trauer, bzw. Kummer, die Sie in Ihrem Leben durchmachen mussten?

21 Haben Sie Ängste? Wovor fürchten Sie sich, auch vor bestimmten Krankheiten?

22 Wie sehen Sie sich selbst? - Wie schätzen Sie sich selbst ein?

23 Wie werden Sie von anderen Menschen gesehen?

24 Haben Sie ein Lebensmotto?

25 Was ist sonst noch wichtig? Z.B. Haben Sie eine Vermutung zur auslösenden Ursache Ihrer Erkrankung?



### **Nur für Frauen:**

- In welchem Alter begann die Regelblutung?
- Wie häufig und regelmäßig kommt Sie?
- Wie ist Ihre Dauer, Menge, Farbe, Geruch?
- Wie fühlen Sie sich vor, während, nach der Menses?
- Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?
- Wie verliefen die Schwangerschaften – Geburt?
- Ist Ihre Sexualität erfüllt?
- Wie erleben Sie Ihren Partner?

---

### **Nur für Männer:**

- Ist Ihre Sexualität erfüllt?
- Wie erleben Sie Ihre Partnerschaft?