

Patientenfragebogen für die homöopathische Erstanamnese*

Vor- und Nachname:



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die bei Ihnen/Ihrem Kind geplante homöopathische Begleittherapie benötige ich Ihre Unterstützung. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus – er dient als Grundlage, um das für Sie/Ihr Kind geeignete homöopathische Arzneimittel auszuwählen.

Falls Sie für bestimmte Fragen etwas mehr Platz brauchen, nehmen Sie zur Beantwortung bitte ein liniertes Blatt. Bitte notieren Sie die Nummer der jeweiligen Frage und beginnen mit jeder Frage eine neue Zeile. Vielen Dank.

1. Wegen welcher Beschwerden und Symptome suchen Sie mich auf? Was haben Sie bisher schon unternommen?

2. Zu welcher Tages- oder Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten?

3. Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?

4. Wie wirken auf Sie
 - kaltes Wetter?
 - heißes Wetter?
 - trockenes Wetter?
 - feuchtes Wetter?

* nach Dr. Heinz-Werner Feldhaus



5. Wie ertragen Sie Nebel? Sonnenbestrahlung? Welchen Einfluss haben Wetterwechsel auf Sie?
6. Es gibt Leute, die immer frieren und es kalt haben, und andere, die es immer warm oder zu heiß haben. Zu welchen gehören Sie?
7. Was verspüren sie vor, bei oder nach Sturmweather?
8. Wie reagieren Sie
 - auf Nordwind?
 - Südwind?
 - Wind ganz allgemein?
9. Wie ertragen Sie Zugluft?
10. Wie ertragen Sie Wärme
 - ganz allgemein?
 - Bettwärme?
 - Zimmerwärme?
11. Wie reagieren Sie auf Extremtemperaturen (sehr heiß, sehr kalt)?
12. Wie oft sind Sie im Winter erkältet? Und in den anderen Jahreszeiten?
13. Wie ertragen Sie einen ganzen Tag ohne frische Luft?
14. Welche Körperstellung ist Ihnen unangenehm, welche angenehm? Sitzen? Stehen? Liegen? Und warum?
15. Wie steht es bei Ihnen in punkto Reisekrankheit? Seekrankheit?



16. Wie ertragen Sie längeres Stehen? Zum Beispiel: Warten auf einen Zug, ein Telefon, eine Kleideranprobe?
17. Wie steht es mit Ihrem Appetit? Und wann jeweils haben Sie Hunger?
18. Wie steht es mit dem Durst? Welche Mengen trinken Sie pro Mahl und was vorzugsweise?
19. Welche Speisen und Getränke bekommen Ihnen nicht? Und warum nicht?
20. Wie ertragen Sie
 - Wein?
 - Bier?
 - Kaffee?
 - Tee?
 - Milch?
 - Essig?
21. Wie steht es mit dem Rauchen? Wie viel pro Tag?
22. Welchen Impfungen haben Sie sich unterzogen? Wie waren deren Effekte auf Ihre Gesundheit?
23. Wie ertragen sie ein
 - heißes Bad?
 - kaltes Bad?
 - Meerbad?
24. Wie fühlen Sie sich
 - am Meer?
 - im Gebirge?
25. Wie ertragen Sie einen geschlossenen Kragen, einen Gürtel, eng anliegende Kleider?



26. Wie heilen Verletzungen bei Ihnen? Und wie lange bluten sie?
27. Wie ertragen Sie
- Alleinsein?
 - Gesellschaft?
28. Wie ertragen Sie Trost?
29. Unter welchen Umständen empfinden Sie Eifersucht?
30. Wie steht es mit Ängsten bei Ihnen?
- Wasserscheu?
 - Angst vor Tieren?
 - Angst vor und bei Gewitter?
 - Furcht vor Einbrechern?
 - Furcht zu fallen?
 - Furcht vor Alleinsein?
 - Angst, den Verstand zu verlieren?
 - Furcht vor der Nacht?
 - Furcht vor der Zukunft?
 - Furcht vor Krankheit? etc.
31. Wie fühlen Sie sich in einer Menschenmenge?
32. Unter welchen Umständen werden Sie zornig? Was versetzt Sie in Zorn?
33. Wie ertragen Sie das Warten? Sind Sie ein eher ungeduldiger Mensch?



34. Wann kommen Todesgedanken oder Selbstmordgedanken bei Ihnen auf?
35. Für welche Nahrungsmittel und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe?
- | | | |
|--|------------------------------|--------------|
| - Süßigkeiten, süßes Gebäck, gezuckerte Speisen? | - Schwere und fette Speisen? | - Fleisch? |
| - Saure Dinge? | - Butter? | - Kaffee? |
| - Gewürzte Dinge? | - Brot? | - Wein? |
| | - Obst? | - Bier? |
| | - Fisch? | - Salz? etc. |
36. Gegen welche Speisen und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Abneigung?
37. Welche Speisen und Getränke machen Sie krank, das heißt ertragen Sie nicht?
38. Welches ist Ihre bevorzugte Schlafstellung? Wie legen Sie
- Arme?
 - Beine?
 - Kopf ? Viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht. Und Sie?
39. Manche Leute reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf, schrecken auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund. Wie ist es bei Ihnen?
40. Wann erwachen Sie? Wann stehen Sie auf?
41. Welche Stunden nachts sind Sie schlaflos? Wann im Verlauf des Tages sind Stunden der Schläfrigkeit? Und welchen Umständen schreiben Sie das jeweils zu?



42. Erzählen Sie mir Träume, die bei Ihnen öfter vorkommen.
43. In welchem Alter begann die Periode bei Ihnen? Wie oft kommt sie nun? Wie stark? Wie regelmäßig? Ihre Dauer? Die Farbe? Wie sieht das Blut aus? Nennen Sie mir die Tages- oder Nachtstunde, zu der es am stärksten fließt.
44. Wie fühlen Sie sich körperlich vor, während und nach der Periode? Und wie ist die Gemütsstimmung vor, während und nach der Periode?
45. Was ist Ihnen in ihrer Familie bekannt in punkto
- Nerven- und Geisteskrankheiten?
 - schweren Krankheiten wie Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs etc.?
46. Machen Sie mir etwas detailliertere Angaben über das, was Sie zu Ihren Mahlzeiten essen und trinken.
47. Um wie viel Uhr gehen Sie zu Bett? Machen Sie mir auch etwas detailliertere Angaben über Ihr Tagesprogramm, Aktivität, Ausruhphasen, Vergnügen und Erholung.



48. Ihr Gewicht?

49. Nennen Sie mir nun auch noch diejenigen Störungen, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.

