

Der Fragebogen....

...dient dazu, dasjenige homöopathische Arzneimittel aus einer Fülle von Möglichkeiten herauszufinden, das in seiner Wirkung Ihren Krankheitserscheinungen möglichst nahe kommt.

Bitte schreiben Sie - nach Möglichkeit mit der Maschine oder dem Computer - auf einen Briefbogen die Nummer der Frage und Ihre Antwort dazu.



Es ist für Sie vorteilhaft, wenn Sie sich mit der Beantwortung etwas Mühe geben. Auch scheinbar unwichtige Nebensächlichkeiten können wertvoll sein. Bitte schildern Sie hier alle Einzelheiten.

Die bisher erstellten Diagnosen sind nicht unwichtig. Mehr aber brauchen wir Ihre ganz persönlich gefärbten Symptome und Missempfindungen. Auch Störungen von ganz ungewöhnlicher Art, die von anderen Zuhörern als merkwürdig, unbrauchbar oder gar lächerlich beiseite geschoben wurden, sind manchmal besonders wichtig. Vermeiden Sie gern ärztliche "Fachausdrücke" - gerade Ihre Sprache möchten wir hören; wie Sie Ihre Krankheit ausdrücken. Beschreiben Sie bitte jedes Symptom möglichst genau! Z.B. Wie ist der Schmerz? Wie fühlt es sich an? Womit lässt sich diese Empfindung vergleichen? Wo tritt diese Empfindung auf? Wann erscheint dieses Symptom in der Regel? Durch welche äußeren Umstände wird es verschlimmert bzw. gebessert? Gibt es irgendwelche anderen Symptome auch in anderen Körperregionen die gemeinsam mit dem Symptom auftreten? In welcher Stimmung versetzt sie das Auftreten dieser Beschwerde? – Fragen, zu denen Ihnen nichts einfällt dürfen Sie auch einfach ignorieren! Ein wertvolles Symptom Ihrer Krankheitserscheinungen ist jenes, das Sie ohne lange Überlegung präzise beantworten können.

Jetzige Krankheit oder Störung:

- 1.) An welcher Störung leiden Sie jetzt?
- 2.) Seit wann besteht diese? Welche Beschwerden bestanden sonst noch, als diese Beschwerde erstmals auftrat – oder in der Zeit bevor diese Beschwerde auftrat? – Gibt es Auffälligkeiten in Ihrer Lebenssituationen oder einschneidende Erlebnisse bevor diese Beschwerde erstmals auftrat?
- 3.) Gibt es andere Beschwerden, die im Wechsel oder gemeinsam mit dieser Beschwerde auftreten?
- 4.) Waren Sie deshalb schon bei anderen Ärzten oder in einer Klinik? Mit welchem Ergebnis ?
- 5.) Was denken Sie über Ursache oder Auslösung der Krankheit?
- 6.) Haben Sie außerdem noch eine Krankheit oder Störung, die vielleicht weniger wichtig erscheint ? Gehen Sie in Gedanken noch einmal Ihren Körper von Kopf bis Fuß durch (Kopf, Gesicht, Augen, Ohren, Nase, Mund, Zähne, Zunge, Hals, Herz, Lunge, Magen, Darm, sonstige Bauchorgane, Nieren, Blase, Harnwege, Sexualorgane, Rücken, Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenke, Haut, Haare, Nägel)!
- 7.) Wie empfinden Sie Ihre Beschwerden (z.B. brennend, drückend, pulsierend, schneidend, stechend) ?
- 8.) Was ist das Schlimmste - schildern Sie plastisch etwa wie wenn als ob
- 9.) An welchem Ort? Wohin ausstrahlend?
- 10.) Tritt die Beschwerde immer an der gleichen Stelle auf, oder mal hier, mal da? Oder wandert Sie? Gibt es einseitige Beschwerden? Treten auch andere Beschwerden typischerweise auf dieser Seite auf?
- 11.) Um welche Tages- oder Nachtzeit besonders stark oder beginnend oder aufhörend? Beginnen oder enden die Beschwerden plötzlich oder allmählich?

- 12.) Wodurch werden die Beschwerden schlimmer? (z.B. Bewegung - Ruhe - Druck - Entlastung - Hitze - Kälte - im Bett - im Freien - im Liegen - im Schlaf - Wetter - Licht - Dunkelheit - vor, während, nach Essen oder Stuhlgang)
- 13.) Wodurch werden die Beschwerden gelindert (bitte denken Sie hier nicht so sehr an Besserungen durch Medikamente sondern vor allem an die Linderung durch andere Dinge z.B. durch warme oder kalte Anwendungen, Körperhaltung, Umhergehen etc.) ?
- 14.) Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente (einschließlich Salben, Schlafmittel, Hormone)? Gibt es andere medizinische Behandlungen derzeit? Behandeln Sie sich selbst in irgendeiner Weise?

Frühere Krankheiten:

- 15.) Sind Ihnen aus der Schwangerschaft Ihrer Mutter und Ihrer Geburt irgendwelche Symptome, Zwischenfälle oder auch einschneidende Erlebnisse bekannt?
- 16.) Welche kindlichen Infekte hatten einen schweren Verlauf?
- 17.) Wie haben Sie frühere Impfungen vertragen oder gab es nach Impfungen Folgekrankheiten ?
- 18.) Gab es in der körperlichen oder seelischen Entwicklung (z.B. Laufen lernen, Sprechen, Zähne) irgendwelche Auffälligkeiten?
- 19.) Welche weiteren Krankheiten, Unfälle oder Operationen hatten Sie bisher ? Angaben bitte mit dem Jahr.
- 20.) Haben diese Krankheiten irgendwelche Störungen hinterlassen?
- 21.) Hatte eine scheinbar geheilte Krankheit eine andere Krankheit zur Folge (z.B. Ekzem - Asthma - Rheuma)?
- 22.) Gab es in früheren Krankheiten eine Abhängigkeit von Tageszeit, Jahreszeit, Temperatur oder ähnliche Zusammenhänge?
- 23.) Was ist Ihnen punkto Nerven- und Geisteskrankheiten, schweren Krankheiten wie Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs etc. in Ihrer Familie bekannt?

Persönliche Eigenheiten:

- 24.) Zu welcher Tages- oder Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im allgemeinen am schlechtesten? Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten? Haben Mondphasen irgendeinen Einfluss auf Ihr Befinden?
- 25.) Sind Sie mehr zur Frostigkeit geneigt - oder ist Ihnen oft zu warm?
- 26.) Wie wirken kaltes Wetter, heißes Wetter, trockenes Wetter, feuchtes Wetter, Nebel, Gewitter, Wetterwechsel auf Sie? Wie ertragen Sie Sonnenbestrahlung? Wie reagieren Sie auf Nordwind? Südwind? oder Wind ganz allgemein? Wie ertragen Sie Zugluft?
- 27.) Wie ertragen Sie ein heißes Bad? kaltes Bad? Meerbad? Wie fühlen Sie sich am Meer, im Gebirge?
- 28.) Wie oft sind Sie winters erkältet? und in den anderen Jahreszeiten? Neigen Sie zu hohem Fieber bei Erkrankungen, oder eher im Gegenteil?
- 29.) Wie ertragen Sie einen ganzen Tag ohne frische Luft?
- 30.) Gibt es eine Empfindlichkeit gegen Licht, Geräusche, Gerüche? Gegen Berührung?
- 31.) Brauchen Sie viel Bewegung? Viel Ruhe? Sind Sie nach körperlicher oder geistiger Anstrengung schnell erschöpft? Treten bestimmte Beschwerden in diesem Zusammenhang auf?

- 32.) Welche Körperhaltung ist Ihnen unangenehm, welche angenehm? Sitzen? Stehen? Liegen? und warum? Wie ertragen Sie längeres Stehen? zum Beispiel Warten auf einen Zug?
- 33.) Welches ist Ihre bevorzugte Schlaflage bzw. Lage zum Einschlafen? Wie legen Sie Arme – Beine - Kopf (viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht)?
- 34.) Manche Leute reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf, schreien auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund, schnarchen. Wie ist es bei Ihnen?
- 35.) Wann erwachen Sie? Wann stehen Sie auf? Sind Sie erfrischt nach dem Nachtschlaf – bzw. nach Mittagsschlaf?
- 36.) Welche Stunden nachts sind Sie schlaflos? Wann im Verlauf des Tages sind Stunden der Schläfrigkeit? Und welchen Umständen schreiben Sie das jeweils zu?
- 37.) Wie ertragen Sie geschlossene Kragen? Gürtel? Eng anliegende Kleider?
- 38.) Haben Sie viel Durst - oder überhaupt nicht - auf warme oder auf kalte Getränke - welche Art Getränke ?
- 39.) Wie steht es mit Ihrem Appetit? Und wann jeweils haben Sie Hunger? Gibt es Beschwerden, wenn Sie eine Mahlzeit verschieben müssen?
- 40.) Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein besonderes Verlangen - oder eine besondere Abneigung ? (z.B. salzig, sauer, scharf, süß, fett, Brot, Fleisch, Fisch, Gemüse, Obst, Milch)
- 41.) Verwenden Sie eine besondere Diät (z.B. vegetarische)?
- 42.) Haben Sie nach etwas Verlangen - aber Unverträglichkeit?
- 43.) Wie ertragen Sie z.B. Wein? Bier? Kaffee? Tee? Milch? Essig? Wie steht es mit dem Rauchen? Wieviel pro Tag?
- 44.) Gibt es bekannte Allergien? Wie sieht die Reaktion aus?
- 45.) Wie steht es bei Ihnen punkto Reisekrankheit? Seekrankheit?
- 46.) Beschwerden im Zusammenhang mit Essen – oder auch unabhängig von den Mahlzeiten? – Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen, Übelkeit, Erbrechen?
- 47.) Gibt es Auffälligkeiten bei Ihren Ausscheidungen? (Darmfunktion - Harnwege - Schwitzen ? Z.B. Durchfall, Verstopfung? Hämorrhoiden? Blutungen aus dem After? Schleim? Ggf. besondere Beschaffenheit des Stuhl oder Urin? Beschwerden im Zusammenhang mit dem Harnlassen? – Neigung zu besonderem Schwitzen? Ggf. an welchen Körperteilen? Nachtschweiß? Klebriger Schweiß, Schweiß der die Kleidung färbt? Auffälliger Geruch? – Gibt es auffälligen Speichelfluss (z.B. im Schlaf)?
- 48.) Gibt es einen besonderen Geschmack im Mund?
- 49.) In welchem Alter begann die Regel bei Ihnen? Wie oft kommt sie nun? Wie stark? Wie regelmäßig? Ihre Dauer? Die Farbe? Wie sieht sie aus? Zu welcher Tages- oder Nachtstunde ist sie am stärksten?
- 50.) Wie fühlen Sie sich vor, während und nach der Regel körperlich - und gemütsmäßig?
- 51.) Neigung zu Ausfluss? Von welcher Beschaffenheit?
- 52.) Wie ist es mit Atemnot? Mit Herzklopfen? Kloßgefühl im Hals oder anderswo?
- 53.) Gibt es andere besondere Empfindungen (z.B. wie ein Stein im Magen, oder wie ein festes Band um den Kopf)?
- 54.) Gibt es eine Neigung zu Schwellungen? Im Gesicht? An den Händen oder Füßen?

- 55.) Haben Sie eine Neigung zu Schwindel – zu Ohnmachten? In welchen Situationen?
- 56.) Gibt es eine Neigung zu Krämpfen, Zuckungen, Tics? Kribbeln? Ameisenlaufen? Zittern?
- 57.) Stolpern Sie häufig, oder lassen etwas fallen? Schwäche in den Gelenken, Umknicken?
- 58.) Wie heilen Verletzungen bei Ihnen? Entzünden sich Verletzungen leicht? Bluten sie auffällig lange? Gibt es eine Neigung zu Nasenbluten, zu blauen Flecken?
- 59.) Haben oder hatten Sie jemals Hautausschläge? Warzen? Wann? Wie sind diese behandelt worden?

Persönliche Eigenheiten – Geist und Gemüt

- 60.) Was sind Sie für ein Mensch? Mehr: Passiv - unentschlossen - zögernd - gehemmt - weichherzig - nachgiebig - still - zurückhaltend - nachdenklich - gründlich - sensibel - sentimental - melancholisch - verzweifelnd - ausgeglichen - instabil – beeinflussbar - schwankend zwischen hoch und tief - aktiv - unternehmend - wagemutig - misstrauisch - eifersüchtig - erregbar - phantasievoll - leidenschaftlich - launisch - überschießend - ungeordnet - ungeduldig - nachtragend - hassfähig - aggressiv .
- 61.) Können Sie gut allein sein - oder sind Sie mehr angewiesen auf Geselligkeit ? Wie fühlen Sie sich in einer Menschenmenge? Stört es Sie angesehen, angesprochen oder berührt zu werden? Stört Sie die Anwesenheit Fremder?
- 62.) Haben Sie Sorgen - oder Kummer? Besteht ein Hang zum Grübeln, zur Niedergeschlagenheit, zur Schwermut? Aus welchen Anlässen? Neigen Sie zu Heinweh? Wie lange denken Sie an vergangene unangenehme Erlebnisse? Beispiele?
- 63.) Können Sie noch erleichternd weinen? - Wenn ja - und es nimmt Sie jemand in die Arme - mögen Sie das - oder ist Ihnen das unangenehm?
- 64.) Wie steht es mit Vorahnungen (Zutreffend oder unzutreffend)?
- 65.) Haben Sie Angst oder Furcht (Nachts - bei Gewitter - Höhenangst - vor bestimmten Tieren – vor Einbrechern – vor Krankheiten – Zukunftsängste - "Lampenfieber" – Angst den Verstand zu verlieren - oder anderes)?
- 66.) Haben Sie eine "geheime" Angst, die Sie aber lieber nur vertraulich sagen würden?
- 67.) Wann kommen Todesgedanken, oder Selbstmordgedanken bei Ihnen auf?
- 68.) Gibt es besonders einschneidende Erlebnisse in Ihrem Leben? (Schock, Schreck, Todesangst, Kummer?)
- 69.) Wie reagieren Sie in Extremsituationen? In Gefahren? Bei besonderer Anspannung? Bei Schmerzen (bei Frauen z.B. auch unter der Geburt)? In Prüfungssituationen? In Konfliktsituationen? – Gibt es irgendwelche körperlichen oder seelischen Eigenheiten/ Reaktionsweisen in solchen Situationen, die für Sie besonders typisch sind?
- 70.) Was versetzt Sie in Zorn? Wie reagieren Sie? Verschaffen Sie sich Luft oder fressen Sie alles in sich hinein? Womit kann man Sie beleidigen oder kränken? Welche Folgen hatte das?
- 71.) Was ist zu sagen über Neigung zum Rechthabenwollen, Widersprechen, Kritisieren und Tadeln? Was empfinden Sie, wenn man Ihnen widerspricht?
- 72.) Wie steht es mit der Neigung zu Selbstvorwürfen, Gewissensbissen?
- 73.) Ist Ihr Mitgefühl auffällig stark? Wie steht es mit Selbstmitleid? Wie ausgeprägt sind Sentimentalität und Rührung?
- 74.) Welche Rolle spielt Eifersucht? Neid? Misstrauen? Bei welchen Anlässen?

- 75.) Wie steht es um Ihr Selbstvertrauen? Sind Sie zaghaft, schüchtern? Wie wichtig ist die Meinung anderer?
- 76.) Was ist, wenn Ihnen etwas Besonderes bevorsteht: (z.B. Prüfung, Reise, öffentlich Auftreten, Zahnarzt)?
- 77.) Sind Sie schreckhaft?
- 78.) Gab oder gibt es irgendwelche körperlichen oder seelischen Beschwerden, die auf Gemütsregung zurückzuführen sind? (Zorn, Schreck, Kummer, Freude)
- 79.) Gibt es Stimmungen oder Eigenschaften, die ihnen unangenehm sind, und die Sie dennoch nicht beeinflussen können?
- 80.) Welchen Wert legen Sie auf genaue und sorgfältige Ordnung (Umgebung, Kleidung usw.)?
- 81.) Vertragen Sie Veränderungen oder fallen Sie Ihnen schwer?
- 82.) Welche Eigenschaften von anderen Menschen stoßen Sie besonders ab?
- 83.) Welche Berufe haben - oder hatten - Sie ? Ggf. Gründe für den Berufswechsel? Ihr Traumberuf?
- 84.) Wie ist das Betriebsklima? Gibt es Ärger mit Mitarbeitern, Vorgesetzten?
- 85.) Sind Sie besonders hektisch, arbeitswütig oder eher etwas träge oder gleichgültig?
- 86.) Wie ertragen Sie Warten? Wie steht es mit Ungeduld, Unruhe, Nervosität, Langsamkeit, Eile, Hektik?
- 87.) Wie ist Ihr Verhältnis zu den anderen Familienmitgliedern? Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten, Ärger, Kummer, Sorgen?
- 88.) Beschreiben Sie bitte Ihre Kindheit und Ihr damaliges Verhältnis zu Eltern und Geschwistern? Kinder können ja sehr unterschiedlich sein (z.B. schüchtern, frech, ängstlich, tollkühn, sanft, reizbar) Was für eine Art von Kind waren Sie?
- 89.) Welches sind Ihre Hobbies?
- 90.) Wie ist Ihr Verhältnis zu Musik?
- 91.) Was lieben Sie, wohin fühlen Sie sich gezogen?
- 92.) Um wieviel Uhr gehen Sie zu Bett? Machen Sie mir auch etwas detailliertere Angaben über Ihr Tagesprogramm, Aktivität, Ruhepausen, Vergnügen und Erholung.
- 93.) Bitte beschreiben Sie Ihre Ziele im Leben? Was konnten Sie nicht erreichen, was Sie sich wünschen?
- 94.) Wie sieht für Sie die Zukunft aus (Wünsche, Befürchtungen, Pläne)? - Käme eine gute Fee und Sie hätten drei Wünsche frei – welche wären das?
- 95.) Wie steht es mit geistigen Funktionen: Denken, Lernen, Vergessen, Konzentration? Typische Fehler z.B. beim Schreiben oder Rechnen oder beim Sprechen? Schwierigkeiten in der Orientierung?
- 96.) Haben Sie gelegentlich wiederkehrende Träume?
- 97.) Kommt es vor, dass Sie sich mit unbegründeten Gedanken oder Vorstellungen plagen? Gibt es seltsame Impulse gelegentlich? (z.B. jemanden zu schlagen, ohne Anlass)
- 98.) Gibt es in sexueller Hinsicht Probleme oder Auffälligkeiten? (z.B. mangelnde Befriedigung, Unlust, starkes Verlangen)
- 99.) Welche Ihrer Störungen oder Probleme sind jetzt bei diesen Fragen noch nicht zur Sprache gekommen?