



---

Privatärztliche Praxis

Bismarckallee 21  
21521 Aumühle

## Modifiziertes Frageschema nach Kent / Vithoulkas

Nehmen Sie sich bitte in Ihrem eigenen Interesse ausreichend Zeit für diesen Fragebogen.  
Desto mehr Zeit haben wir, im Anamnesegespräch auf das Wesentliche vertieft einzugehen.  
Antworten Sie bitte kurz, prägnant und vor allem spontan.

**Bitte im gesamten Fragebogen möglichst immer die Stärke angeben!**

**(0)**= nicht vorhanden oder für Sie untypisch, **(1)** = Symptom vorhanden und typisch, **(2)** = häufige oder starke Ausprägung, **(3)** = häufig und stark, **(4)** = sehr häufig und sehr stark.

Wenn Symptome relativ neu aufgetreten sind, schreiben Sie dies bitte auffällig neben den Grad der Ausprägung:  
**z.B. „Heuschnupfen (3) NEU !! seit 1 Jahr“.**

Bitte nur **Stichworte** – wir gehen dann im Anamnesegespräch näher auf die wichtigen Punkte ein. Wenn Sie eine Frage nicht schriftlich beantworten möchten, dann streichen Sie diese bitte **auffällig durch**.

Halten Sie ein Thema oder Symptom für besonders wichtig ist, markieren Sie es bitte auffällig mit großem „!“.

Sollte der Platz nicht reichen, nutzen Sie bitte jeweils die Rückseite des Blattes

**Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Bogen einige Tage vor unserem Erstgespräch zu!**

### **Aktuelle Beschwerden**

- ❖ Wegen welcher Beschwerden und Symptome suchen Sie mich auf, und was haben Sie bisher dagegen schon unternommen?

- ❖ **Welche Leiden bestanden ev. vor /anstatt** der jetzigen? (Hautausschläge, Fußschweiß, Warzen etc.) Wie sind sie behandelt worden, warum verschwunden? (Salbe, Operation etc.).
  
- ❖ **Wie** hat sich der **derzeitige KH-Zustand entwickelt?**  
(Wann zum ersten mal aufgetreten? Genaue **Reihenfolge** des Auftretens der Symptome)
  
- ❖ **!!WICHTIG!! - Gibt es Ihrer Meinung nach ev. eine auslösende Ursache?**  
Fallen irgendwelche bedeutsamen Ereignisse Ihres Lebens (psychische o. körperliche Traumata wie Trauererlebnis, Schock, Schreck, Unfall, Gewalterlebnis) ungefähr mit dem Auftreten der Symptome zusammen bzw. gingen diese Ereignisse den Symptomen einige Monate voraus? Sind dann Beschwerden neu aufgetreten oder haben sich alte Beschwerden dadurch verändert? Was unterhält den Prozess Ihrer Meinung nach? Denken Sie bitte auch über lange zurückliegende Ereignisse nach. **Wo könnte das „Leck“ in Ihrem Energieballon sein? Bitte nur kurze Stichworte!**
  
- ❖ **Hauptsymptome** der letzten 6 Monate?
  
- ❖ **Zeitpunkt, Dauer, Periodizität, Intensität, genaue Lokalisation, Schmerzqualität, Ausstrahlung?** Welche **Empfindung** ruft das Sympt. hervor?, **Begleitsymptome?**, Auswirkungen auf die **Gemütsverfassung** u. **Vegetativum?** **Was bessert, was verschlechtert?**  
(Beispiel – der Anschaulichkeit wegen übertrieben u. Phantasie: alle 2 Wochen morgens beim Erwachen stechende Schmerzen im Knie, die in den Oberschenkel ziehen, Schmerz wie Nadelstich, dabei Schwindelgefühl und Traurigkeit, alles besser nach Bewegung)
  
- ❖ Welche **Beschwerden** körperlich und geistig – gibt es, **die immer mal wieder** auftreten?  
Bitte nennen Sie diese auch, wenn sie z.Zt. nicht vorhanden sind.  
Wann traten /treten sie auf? **Periodizität?** Beispiel: ca. 2 x im Jahr Herpes an der Lippe, Putzwut oder Zwangshandlungen immer vor der Menses.

### **Modalitäten**

- ❖ **Was lindert allgemein o. speziell:** (Einfluss von Wetter, Druck, Lage, Ruhe, Dunkelheit, Sonne, Stress, Wärme, Kälte etc.)
  
- ❖ **Was verschlimmert:** (s.o.)

### **Frühere Anamnese, Medikamente**

- ❖ **Aktuelle** schulmed. Diagnosen, Vorbefunde, aktuelle Medikamente mit Dosisangabe, welcher Therapeut?  
(bitte gffls. gesondertes Blatt oder Rückseite benutzen)
  
- ❖ Haben Sie zu einem **früheren** Zeitpunkt **regelmäßig Medikamente** eingenommen bzw. verwendet (wie Cortison, Cortisonsalbe, Hormone, häufig Antibiotika). Wenn ja – weshalb?
  
- ❖ **Schwere Erkrankungen** (sog. Geschlechtskrankheiten, TBC, Rheuma, Krampfanfälle, Operationen, Polypen, Blinddarm, Gallenblase, Warzen, Zysten etc. Bluthochdruck, Schilddrüsenfunktionsstörung, Diabetes, KH-Aufenthalte, Allergien etc. wann und wie behandelt?), Drogen (auch früher), Alkoholiker (auch trocken)  
**Bitte gffls. gesondertes Blatt verwenden.**
  
- ❖ Besteht eine **Unverträglichkeit** oder Allergie gegen best. Medikamente oder Anderes?
  
- ❖ **Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie zur Zeit?** Zustand der Zähne im Allgemeinen?
  
- ❖ Wurde **Amalgam entfernt?** Wann? Wie viel? Entfernung unter Schutz (Kofferdam etc.)? Erfolgte danach eine Ausleitung?
  
- ❖ Haben oder hatten Sie noch **andere Metalle im Mund?** (Gold, Palladium etc.)

- ❖ **Änderung Ihres Gesundheitszustands nach Entfernung des Amalgams und / oder Austausch der Metalle im Mund?** (Besser / schlechter).
  
- ❖ Leiden Sie unter einer auffälligen **Chemikalienunverträglichkeit (MCS)?**
  
- ❖ Exposition von **Schadstoffen** (Beruf, zu Hause)
  
- ❖ **Unfälle**  
auch solche bei denen scheinbar ‚nichts‘ passiert ist (schwere Stürze, Schleudertraumata etc.). Wann, was genau? Seit dem erhöhte Lichtempfindlichkeit oder andere neue Symptome? **Wichtig besonders, wenn Sie unter Kopfschmerzen oder Schwindel leiden.**
  
- ❖ **Homöopathisch vorbehandelt?** Wenn ja, wissen Sie womit? Konstitutions- oder Akutbehandlung? Wie hat das Mittel gewirkt, wie lange haben Sie es eingenommen und welche Potenz? Komplexmittel?
  
- ❖ **Rauchen** Sie? Wenn ja wie viel? Wie viel **Alkohol** trinken Sie pro Tag und was? Haben oder hatten Sie ein Alkoholproblem, Drogenproblem?
  
- ❖ **Wie ernähren Sie sich?** (Gutbürgerlich, Fastfood, viel Fleisch, Vegetarier etc.)
  
- ❖ Haben o. hatten Sie früher das **Verlangen nach eigentlich Unverdaulichem** (Sand, Kreide etc.?) oder sonstigen Merkwürdigkeiten (z.B. Schnee, ganze Kaffeebohnen etc.)
  
- ❖ **Auslandsaufenthalte** (wg. Verdacht einer ev. mitgebrachten Erkrankung).
  
- ❖ Wann hatten Sie **zuletzt richtig hohes Fieber?**

## **Familienanamnese**

- ❖ **Leben Eltern/Geschwister noch?** Wenn nein: Todesursachen? **Gibt es typ. Familienkrankheiten** (Erb-KH, Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Bluthochdruck, TBC, Rheuma, Hauterkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Nerven- oder Geisteskrankheiten, Suizide o. Selbstmordversuche, Depressionen; Alkoholiker)
  
- ❖ Gab es **Besonderheiten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft Ihrer Mutter?** (Tod o. Weggang des Partners, unerwünschte Schwangerschaft etc.)

## **Soziale Anamnese**

- ❖ Leben Sie allein oder mit jemandem zusammen? Haben Sie Kinder?
  
- ❖ Welchen **Beruf haben Sie gelernt?** Üben Sie zur Zeit eine Tätigkeit aus, wenn ja welche? „Nur“ Hausfrau? - Sind Sie damit **zufrieden?**

## **Allgemeine homöopatische Anamnese**

- ❖ **Tages- oder Nachtzeit oder Stunde** zu der Sie sich allgemein **am schlechtesten und am besten fühlen oder Zeiten, zu denen bestimmte Dinge für Sie typisch sind:**  
(Beispiele: Morgenmuffel / Nachtmensch; nachts um 3 Uhr Erwachen mit Schlaflosigkeit, Heißhunger morgens um 11 Uhr, todmüde nach dem Essen oder um 16:00 usw.)
  
- ❖ Gibt es ähnliche Abhängigkeiten von **Jahreszeiten?**
  
- ❖ Sind Sie winters oft **erkältet?** Und in den anderen Jahreszeiten?
  
- ❖ **Auffällige Reakt. auf Wetter?** (Kalt, heiß, trocken, feucht, windig, stürmisch, Wetterwechsel, Schnee)
  
- ❖ Wie stehen Sie zu **Gewitter** (z.B. Angst, Begeisterung, egal)?  
Verspüren Sie etwas vor, oder nach **Sturmwetter?**

- ❖ Reagieren Sie auf Nordwind? Südwind? Oder **Wind** ganz allgemein?
  
- ❖ Besondere Reaktion auf **Zugluft**?
  
- ❖ Vertragen Sie **Sonnenbestrahlung? Sind Sie (sonnen)lichtempfindlich?** (z.B. Immer Sonnenhut und Sonnenbrille, nur im Schatten etc.; wie reagieren Sie: mit der Haut, den Augen etc. und was passiert – z.B. Blasen, gerötete, tränende Augen etc.). **War das immer so?**
  
- ❖ Reagieren Sie auf **Extremtemperaturen ?** (sehr heiß, sehr kalt)
  
- ❖ Vertragen Sie ein heißes Bad? Kaltes Bad? **Meerbad? Sauna?**
  
- ❖ Sind Sie ein **Dusch- oder Badefan** oder empfinden Sie **Wasser eher als unangenehm auf der Haut?**
  
- ❖ Sind Sie jemand, der immer eher **friert** oder im Gegenteil, **ist ihnen immer warm?** Ziehen Sie z.B. im Bett **Socken** an mit vielen Decken, reicht Ihnen eine dünne Decke und Sie stecken z.B. immer die **Füße aus dem Bett?**
  
- ❖ Vertragen Sie **Wärme ganz allgemein?** Bettwäsche, Zimmerwärme?
  
- ❖ Vertragen Sie einen ganzen Tag **ohne frische Luft?**
  
- ❖ **Wie wichtig ist Ihnen die Bewegung im Freien?** (Joggen, Radfahren oder nur Spazierengehen) – **Es geht um Ihr Verlangen, nicht was Ihnen „Ihr Kopf“ sagt.**
  
- ❖ Ist Ihnen eine **Körperstellung** besonders unangenehm, auffallend angenehm, typisch für Sie oder ihre Beschwerden verbessernd? (z.B. Sitzen? Stehen? Liegen? Immer Beine übereinandergeschlagen etc. Warum?)
  
- ❖ Vertragen Sie **längeres Stehen?** (z.B. Warten auf einen Zug? Am Telefon? Kleideranprobe?)

- ❖ Vertragen Sie **Warten** allgemein? (Stau, Schlange etc.)
  
- ❖ **Verhalten beim Autofahren** – vorsichtig, schnell, gelassen oder schnell ungeduldig (Autobahn, wenn jmd. zu langsam vorfährt, Parkplatzsuche)
  
- ❖ **Sind Sie allgemein ein geduldiger oder eher ungeduldiger Typ?**  
Hat sich da irgendwann etwas geändert?
  
- ❖ Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie sich ins **Parkverbot** stellen würden?  
Oder wäre das für Sie undenkbar?
  
- ❖ Welchen **Impfungen** unterzogen Sie sich? Gab es danach (auch wenn nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang) Änderungen Ihres Gesundheitszustandes?
  
- ❖ Fühlen Sie sich am **Meer oder im Gebirge** auffallend wohl oder schlecht?  
Verbessert oder Verschlechtert der Aufenthalt dort einige Ihrer Symptome?
  
- ❖ Wie gefällt Ihnen das **Schwimmen** im Meer, See?
  
- ❖ Leiden Sie unter **Reisekrankheit?** Flugzeug, Schiff, Auto? Karussell?  
(Kopfschmerzen? Übelkeit? Spucken?) War das immer so?
  
- ❖ (Ver-)tragen Sie geschlossene **Kragen, Schlips, Rollkragen? Gürtel? Eng anliegende Kleider?**
  
- ❖ Heilen **Verletzungen** bei Ihnen gut? **Bluten sie ev. lange nach?** Kommt es zur Bildung von wildem Fleisch (Keloiden)?
  
- ❖ Sind Ihre **Nägel** fest, brechen sie schnell oder sind sie weich? Sind sie verformt? Haben Sie weiße Flecken? Wachsen sie schnell ein?
  
- ❖ **Nagelbeißen, Nagelhautbeißen** o.ä. (z.Zt. oder früher einmal)?
  
- ❖ **Selbstverletzung** – aktuell oder früher? („Ritzen“, Haarausreißen etc.) – **Ja/Nein reicht**

- ❖ **Auffälliger Geschmack im Mund** (metallisch, salzig o. anderes), auffällig belegte Zunge
  
- ❖ Haben Sie sich schon öfter etwas **gebrochen** oder haben Sie leicht eine **Bänderzerrung**?
  
- ❖ **Bluten Sie leicht?** (Schnell blaue Flecken, oft Nasenbluten, extrem starke Monatsblutung??)
  
- ❖ **Leiden Sie öfter unter Blähungen?** Gibt es eine auslösende Ursache?
  
- ❖ **Wenn ja: Auffälligkeiten bzgl. des Geruchs** (extrem stinkend, faulig oder vielleicht total geruchslos)
  
- ❖ **Erleichtert der Abgang der Blähungen?**
  
- ❖ Machen Sie mir auch etwas genauere Angaben über Ihr **Tagesprogramm**, Aktivität, Ruhepausen. **Vergnügen und Erholung**. Treiben Sie **Sport**? Wenn ja, was und wie oft?

### **Essen und Trinken**

- ❖ Hat sich etwas grundlegend an Ihrem **Gewicht** geändert? Nehmen Sie schnell zu oder vielleicht gar nicht, obwohl Sie viel essen? War das immer so?
  
- ❖ Wie ist Ihr **Appetit**? Und gibt es **Zeiten**, zu denen sie unbedingt etwas essen müssen? (z.B. immer 11 Uhr morgens, abends oder nachts, Hunger nach den Mahlzeiten)
  
- ❖ Wie steht es mit dem **Durst**? **Wie viel Liter trinken Sie** ungefähr pro Tag? Trinken Sie viel oder wenig bzw. nur kopfgesteuert? Vielleicht vorwiegend **warm, kalt, Kohlensäure**? Auffallend schlückchenweise oder große Mengen in einem Zuge?
  
- ❖ Gibt es **Speisen und Getränke** gegen die Sie eine ausgesprochene **Abneigung oder sogar Ekel** haben? (z.B. Milch, Zwiebel, Knoblauch, Auberginen, Kartoffelbrei .....
  
- ❖ **Ekeln Sie sich leicht (vor Essen, Situationen, Blut)?**

- ❖ Gibt es **Speisen und Getränke**, die Sie krank machen, die Sie **nicht vertragen**? Was passiert dann mit Ihnen? Haben Sie vielleicht **trotzdem eine Vorliebe** dafür?
  
- ❖ Vertragen Sie **Wein? Bier? Kaffee? Milch? Essig? Eier?**
  
- ❖ **Wichtig: Gibt es Nahrungsmittel und Getränke** für die Sie eine ausgesprochene **Vorliebe** haben? Süßigkeiten? Speziell **Schokolade** – süß o. bitter? Lakritze? **Eis**? Süßes Gebäck? Gezuckerte Speisen? **Saure** Dinge? Gewürzte Dinge? **Schwere und fette** Speisen? Pikantes? Geräuchertes? Aal? Butter? Brot? Obst? Tomaten? Auberginen? Eier? Milch? **Schlagsahne**? Fisch? **Fleisch**? Kaffee? Wein? Bier? **Salz**, unverdauliches wie Sand, Kreide etc.? Gr. Verlangen nach Bier, Sekt oder sonst. Alkohol. **Was würden Sie gern, viel oder öfter essen oder trinken, auch wenn es vielleicht ungesund oder ein Fettmacher ist? Es geht hier um Ihr Verlangen und nicht um das, was Sie tatsächlich tun! Ganz wichtig: gab es hier in letzter Zeit auffallende Änderungen in Vorlieben oder Abneigung?**
  
- ❖ Stellen Sie sich vor, Sie sind auf einer **einsamen Insel** und könnten sich nur sehr eintönig ernähren. Was würden Sie sich dann für ein **imaginäres „Tischlein-Deck-Dich“** wünschen? Worauf haben/hätten sie einen richtigen „**Janker**“?
  
- ❖ **Wie stehen Sie zu Salz?** Salzen Sie das Essen nach, bevor Sie gekostet haben bzw. würden Sie es gern, wenn es nicht ungesund etc. wäre? Kochen Sie mit viel Salz? War das immer so oder hat sich das irgendwann geändert?

### **Schlaf und Träume**

- ❖ **Wann gehen Sie abends zu Bett?** Fallen Ihnen früh die Augen zu oder sind Sie ein Nachtmensch?
  
- ❖ Können Sie gut **einschlafen**? Brauchen Sie **Licht** zum Einschlafen? Brauchten Sie vielleicht früher (als Kind) Licht?
  
- ❖ Ist Ihr **Nachschlaf gestört**? Wenn ja, immer zu den **gleichen Uhrzeiten**? **Was hält Sie wach oder lässt Sie erwachen** (Erwartungsspannung, Geschäftssorgen, Sorgen um die Familie, romantisch, Gang zum WC, Hunger etc.)
  
- ❖ Manche Leute **reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf**, schrecken auf, sind unruhig, **haben Angst, schlafwandeln, knirschen** im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit **offenem Mund, schnarchen** oder es läuft im Schlaf **Speichel aus dem Mund**, so dass das Kopfkissen morgens feucht ist. Wie ist es bei Ihnen?

- ❖ Haben Sie eine bevorzugte **Schlafstellung**? Wie legen Sie Arme? Beine? Kopf?  
(Viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht, und Sie? Vielleicht nur eine bestimmte Seite, auf der Sie schlafen können oder auf dem Bauch?)
  
- ❖ **Wann erwachen** Sie morgens? Wann stehen Sie auf? Wodurch werden Sie geweckt?  
Von allein, Wecker oder WC-Drang?
  
- ❖ Sind Sie **ausgeschlafen** oder geht man Ihnen morgens besser erst einmal eine Weile „aus dem Weg“?
  
- ❖ **Gibt es im Verlauf des Tages** regelmäßige **Stunden der Schläfrigkeit**? Vielleicht sogar so stark, dass Sie sich hinlegen **müssen**. Welchen Umständen schreiben Sie dies zu?
  
- ❖ Vertragen Sie eine **Mittagsstunde**, ein Nickerchen oder macht Sie das nur müder?
  
- ❖ Gibt es **Träume**, die bei Ihnen öfter vorkommen? Auch Träume, die als Kind regelmäßig geträumt wurden? **Oder träumen Sie nie** oder erinnern sich nie an Träume?

## **Funktionen der Körpersysteme**

### **Frauen:**

- ❖ **Periode:** Beginn in welchem Alter ungefähr? Beschwerden?
  
- ❖ **Periode:** Frequenz? Regelmäßig? Dauer?
  
- ❖ **Periode:** Beschwerden? PMS? Begleitend? Was erleichtert?
  
- ❖ **Periode:** Menge, Aussehen des Blutes, Farbe, Konsistenz, Geruch, wann am stärksten?
  
- ❖ **Periode** Gemüt vorher, während, nachher (z.B. aggressiv, Putzwut)

❖ **Wie viel Kinder haben Sie?**

❖ **Schwangerschafts- u. Geburts-Anamnese.**

Wie war allg. die Gemütsverfassung (Weinen?, Wochenbettpsychose? Gab es sonstige Schwierigkeiten bei / nach der Geburt oder in der SS?). **Bestehen bestimmte Beschwerden erst seit der Geburt eines Kindes?**

❖ **Schwangerschaftsabbrüche? Totgeburten?**

❖ **Myome, Eierstockzysten, sog. Geschlechtskrankheiten** (wenn ja, wurden sie behandelt?)

❖ **Ausfluss** (Farbe, wann, wie viel, Geruch)

❖ **Blasenentzündungen** (früher?, wann, wie, Schmerzcharakter)

❖ **Verhütungsmethode?** Wenn **Pille** – wie lange schon? **Sterilisation?**

**Frauen und Männer:**

❖ Sind Sie in Ihrer **Beziehung glücklich?** (Ja/Nein reicht.)

❖ Sind Sie ausgesprochen **eifersüchtig?** Unter welchen Umständen empfinden Sie **Eifersucht?** Auch ohne konkreten Grund?

❖ Wie ging es Ihnen bei **früheren Beziehungen?** Sind wichtige Beziehungen zerbrochen? (Trennung, Tod). Wie ging es Ihnen danach? Gab es danach gesundheitliche Veränderungen?

❖ **Mögen Sie berührt werden oder genießen Sie** es sogar z.B. massiert zu werden. Bessert das Ihren körperlichen und Gemütszustand?

❖ Besteht eine gewisse **Abneigung berührt zu werden?** Oder sind Sie einfach nur **allgemein sehr kitzelig?**

- ❖ **Haut:** (Jucken, trocken, Ausschläge, was, wo, Aussehen, Auslöser, Salbenbehandlung?, Oedeme = teigig geschwollene Hautpartien, Leberflecke, Warzen, Sonstiges; besser – schlechter durch:)
  
- ❖ Leiden oder litten Sie unter **Herpes**? Wenn ja, **wo** genau? **Behandlung**?
  
- ❖ **Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten am Körper** (Muttermale, Leberflecke, Haare an unerwünschten Stellen, Lipome, Fehlbildungen – Dinge, die anders sind als bei anderen).
  
- ❖ Ist Ihr **Haar auffällig früh ergraut** oder nur an einigen Stellen?
  
- ❖ **Kopfschuppen** – jetzt oder früher. **Behandlung**?
  
- ❖ **Schweiß** (Menge, **wann, wo**: z.B. nur Kopf und **nachts**, Gesicht, Füße etc.; die Wäsche färbend und schwer auswaschbar, ätzt Löcher, Uhrzeit, Geruch, Änderung). **Behandlung? Oder Unfähigkeit zu Schwitzen?**
  
- ❖ **Schwindel** (wann, wie empfunden; was löst ihn aus, wohin gehend; Gefühl zu drehen / zu fallen; seit wann)
  
- ❖ **Sehen:**  
Sehfehler, Lichtblitze etc, zunehmender Verlust der Sehfähigkeit;
  
- ❖ **Hören:**  
**Ohrgeräusche** (wie und wo genau, besser-schlechter durch), zunehmender **Verlust der Hörfähigkeit, Überempfindlichkeit** gegen Geräusche, schwieriges Unterscheiden von menschlichen Stimmen;
  
- ❖ **Nase:**  
Verlust der Geruchs- Geschmacksempfindung, überempfindlich gegen Gerüche)
  
- ❖ **Kopfschmerzen, Migräne** oder Verspannungen?  
(Bitte genau den Schmerzcharakter, Ort, Ausstrahlung, was hilft oder verschlimmert, gfls. Zeiten etc.)
  
- ❖ **Atemung:** (z.B. Atemnot, Schlafen mit Kissen erhöht. Können Sie schnell eine Treppe hoch laufen? Reagieren Sie auf etwaige Allergene mit dem Atemtrakt?)

- ❖ **Husten oder Asthma (häufig o. chronisch)?** (Auswurf?, Farbe?, fest, flüssig, was bessert / verschlechtert, wann tritt er auf und wie?)
  
- ❖ **Allergien gegen best. Nahrungsmittel, Tierhaare, Staub, Medikamente, Pollen etc.?**  
Wie reagieren Sie genau? Seit wann besteht die Allergie?
  
- ❖ **Stuhlgang:**  
(Neigung zu Verstopfung, Durchfall oder beides im Wechsel; wie häufig? Schlüpft der Stuhl wieder zurück oder muss er manuell entfernt werden? Kann der Stuhl nur in einer bestimmten Körperhaltung abgesetzt werden? Hat er eine auffällige Farbe? Blutbeimengungen, auffälligen Geruch oder Aussehen z.B. wie Schafskot oder bleistiftdünn, nehmen Sie regelmäßig Abführmittel?)
  
- ❖ **Wasserlassen:**  
Frequenz, Menge, Aussehen, **nächtliches Wasserlassen**, Missempfinden, **Schmerzen**, auffälliger Geruch?  
Ist der Strahl auffällig **gegabelt**?
  
- ❖ **Unwillkürlicher Abgang von etwas Urin z.B. beim Husten / Niesen / Lachen / Joggen?**
  
- ❖ **Sonstige immer wieder einmal auftretende körperliche Beschwerden**
  
- ❖ **Wie steht es um Ihre Energie und Tatkraft? Ihre Vitalität – unter Belastung?**  
Hat sich da etwas geändert? War es früher anders?

### **Seelisch- Geistige Symptome**

- ❖ **Hobbys**, was machen sie gern in Ihrer Freizeit? (z.B. Sport, Lesen etc.) bzw. **Was würden Sie gern machen**, hätten Sie dazu die Zeit und das Geld.

- ❖ **Verreisen** sie für Ihr Leben gerne (bzw. würden es gern) **oder bleiben sie lieber daheim?**
  
- ❖ Haben Sie ein besonderes Verhältnis zu **Musik?** Falls ja: zu welcher Musik?
  
- ❖ **Tanzen Sie gerne oder würden Sie es gerne wieder?**
  
- ❖ **Lieben Sie Tiere oder haben Sie Angst, Abneigung** vor bestimmten oder sogar allen Tieren? Haben Sie vielleicht sogar *besonders* viel Mitleid mit Tieren oder im Gegenteil, den inneren Drang zu Tieren auffallend grob zu sein?
  
- ❖ War Ihre **Kindheit / Jugend** glücklich und unbeschwert oder eher traurig?  
(Es genügt an dieser Stelle die kurze Angabe ob glücklich oder nicht.)
  
- ❖ Wie gut / stark ist Ihr **Selbstbewusstsein** ausgeprägt?
  
- ❖ **Wie verhalten Sie sich auf Partys?** Gehen Sie auf andere Menschen zu oder warten Sie eher darauf, angesprochen zu werden. Beobachten Sie eher das Geschehen lieber aus der Ferne?
  
- ❖ **Schließen Sie leicht Freundschaften?** Sind Sie ein offener oder eher verschlossener Mensch?
  
- ❖ Wie fühlen Sie sich in einer **Menschenmenge** (Stadtfest etc.)?
  
- ❖ Brauchen Sie **Gesellschaft** oder sind Sie am liebsten **allein?**  
**Oder gehören Sie zu den Menschen, die zwar am liebsten allein, dann aber doch traurig darüber sind und sich ausgeschlossen fühlen?**
  
- ❖ Sind Sie überwiegend **ausgeglichen oder eher ungeduldig** und aufbrausend?
  
- ❖ Geht Ihnen **alles irgendwie zu langsam?** Hat sich daran etwas geändert  
(Empfinden Sie dabei die anderen als zu langsam oder sich selbst?)
  
- ❖ Würden Sie sich selbst als **ruhelos oder zappelig** bezeichnen?  
Ist das eher eine innere oder äußere Ruhelosigkeit (Herumlaufen, Wippen)

- ❖ **Wie verhalten Sie sich bei einem großen Problem, bei Kummer?**  
(z.B.: wollen Sie es mit anderen besprechen, empfinden Trost als angenehm oder nicht, wollen das Problem allein bewältigen, spazieren gehen, Musik hören, Sport/Joggen; Seufzen, Kloßgefühl im Hals, Schwere in der Brust, Steingefühl im Magen etc.)
  
- ❖ **Wie reagieren Sie auf Trost?** Tut er ihnen gut oder wollen sie ihn gar nicht?
  
- ❖ Können Sie **unangenehme Nachrichten** normal verkraften oder eher nicht?
  
- ❖ **Weinen Sie leicht?** In welchen Situationen? (Film, Rührung, Einschulung der Kinder, Hochzeit v. Freunden, Ärger, Kritik, Mitgefühl etc.)  
Hat sich daran in letzter Zeit etwas geändert?
  
- ❖ Falls Sie nur selten weinen: in welcher Situation haben Sie **zum letzten mal geweint?**
  
- ❖ Was war Ihr **größtes Highlight in Ihrem Leben?**
  
- ❖ Und Ihr **letztes Highlight?** Wann haben Sie sich zum letzten mal sehr gefreut?
  
- ❖ **Sind Sie ein Mensch, der sehr genau und ordentlich ist?**  
Können Sie auch 9 mal gerade sein lassen oder sind Sie sogar eher unordentlich bis chaotisch? Wie halten Sie es mit der Ordnung allgemein (Schreibtisch, Haushalt)? Hat sich da etwas geändert?
  
- ❖ **Wie stehen Sie zur Hausarbeit?** (Wird gern erledigt, egal oder eigentlich mit Widerwillen?)
  
- ❖ **Und wie sind Sie in Ihrer Arbeit, im Job?** Normal? Perfektionistisch – ehrgeizig? – lustlos?
  
- ❖ **Gibt es etwas, was Sie an Mitmenschen und Kollegen besonders ärgert?**
  
- ❖ Übernehmen Sie **Verantwortung** schnell, gern oder nur weil es sein muss?  
Sind Sie eine Art **Führernatur?**
  
- ❖ **Haben sie auffallend viel Mitgefühl oder Mitleid mit anderen?**  
(Wenn ja: betrifft es eher den körperlichen oder den sozialen Bereich?)

- ❖ Wie reagieren Sie auf **Ungerechtigkeit** ? (ggü. sich selbst / ggü. anderen)
  
- ❖ Stört Sie etwas mehr: **Ungerechtigkeit oder Lügen**?
  
- ❖ Haben oder hatten Sie geradezu den **Zwang, sich für andere zu engagieren**, ohne die Konsequenzen für sich selbst zu bedenken? Politisches Engagement?
  
- ❖ Sind Sie ein Mensch mit **großen Idealen**?
  
- ❖ Akzeptieren Sie sog. „**natürliche**“ **Autoritäten** (Lehrer, Richter, Polizei, Chef) oder vertreten Sie immer klar und unmissverständlich Ihre eigene Meinung egal mit wem Sie es zu tun haben?

### **Ängste und Phobien:**

- ❖ **Finden Sie hier für Sie typische Ängste?**

Bitte unterstreichen und Stärke 1 – 4 angeben

Gewitter / Furcht vor Erdbeben?  
Wasser im Allgemeinen  
Tiefes Wasser (Meer, See)  
Furcht vor Einbrechern, vor Geistern?  
Horrorfilme? Thriller?  
Tiere (Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Mäuse, Insekten etc.)?  
Furcht zu fallen? Höhenangst? Flugangst?  
Enge Räume, Tunnel?  
In einer Menschenmenge?  
Furcht vor Menschen? Das Haus zu verlassen?  
Alleinsein?  
Zu verarmen?  
Angst den Verstand zu verlieren, Furcht vor Geisteskrankheit?  
Furcht vor der Nacht, in der Dunkelheit?  
Spiegel?  
Furcht vor der Zukunft?  
Furcht vor Krankheit, Krebs, Tod etc.?  
Furcht vor spitzen Gegenständen? (Nadeln, Spritzen, Scheren)  
Gefühl verfolgt zu werden? Jemand sei hinter Ihnen?  
Besonders große Angst um die Familie?  
Angst es könnte etwas Furchtbares passieren?  
Furcht vor Examen, Prüfungen?  
Furcht vor öffentlichen Auftritten?  
Panikattacken

**Haben Sie andere Ängste?**

- ❖ **Sind Sie abergläubisch?**

- ❖ **Können Sie richtig wütend werden? Wenn ja, unter welchen Umständen und wie reagieren Sie dann?** (rotes Gesicht, Werfen von Gegenständen, Zerschlagen von Dingen, Schlagen, Fluchen, Rückzug, Weinen, alles besprechen wollen usw.?)
  
- ❖ Oder können Sie gar nicht richtig wütend werden. **Ist Ihr Zorn vielleicht unterdrückt?**
  
- ❖ **Können Sie gut verzeihen?**  
Oder sind Sie eher nachtragend oder brauchen gewisse „Rache“?
  
- ❖ **Wie reagieren Sie auf Kritik, wie empfindlich sind Sie?**  
(führt zu Traurigkeit, Weinen, Zorn, Verzweiflung?)
  
- ❖ **Haben Sie deutliche Stimmungsschwankungen?**  
(Auf Bemerkungen, Kritik, Lob, Lachen anderer oder wenn Sie nur angesehen werden)
  
- ❖ **Ist Ihre Lebensfreude eingeschränkt, durch seel. Probleme?**  
(Depressionen, geringes Selbstwertgefühl, Apathie). Bitte beschreiben Sie Ihre Gefühle und auch, was bessert und verschlechtert.
  
- ❖ Haben Sie **Menschen, wichtige Beziehungen verloren, durch Tod oder Weggang?**  
Hat sich danach etwas an Ihrem Gesundheitszustand verändert?
  
- ❖ **Sonstige geistige Symptome** wie Gedächtnisschwäche, Konzentrations- u. Begriffsschwäche, Verdrehen von Worten, Namen, Ziffern, Schwierigkeiten mit dem Rechnen o. der Rechtschreibung, Zähl-, Kontrollzwänge. Automatische sinnlose Handlungen wie zerschnippeln von Papier etc.; Zwang ständig Hände zu waschen; Sammelleidenschaft, Verirren in bekannten Straßen etc.
  
- ❖ **Versuchen Sie, sich selbst als Menschen zu beschreiben, mit ganz persönlichen typischen Eigenarten, Stärken und Schwächen.**

- ❖ Was würden **andere**, Partner, Kinder, Freunde **sagen**?
  
- ❖ **Gibt es etwas, das Sie gern an sich anders haben würden, etwas, das Sie stört?**  
Betreffend körperliche, seelische und geistige Ebene.
  
- ❖ **Ärgern Sie sich manchmal über sich selbst?** Wenn ja, sind es immer wieder die *gleichen* Dinge? – Dann wäre es für die Behandlung wichtig zu wissen.
  
- ❖ **Wenn Sie drei Wünsche frei hätten (gute Fee), was wären Ihre Herzenswünsche?**

Sie haben im Laufe der Bearbeitung des Bogens bemerkt, dass für die klass.-homöop. Behandlung wirklich alles von Wichtigkeit ist: von der Schlaflage, über die Essensgelüste bis hin zu prägnanten Persönlichkeitsmerkmalen usw. Die Beschwerde, deretwegen Sie mich aufsuchen steht dabei für die **Mittelfindung** nicht im Mittelpunkt, sondern der ganze Mensch, mit all seinen Eigenarten und Symptomen, so wie er sich ganz individuell zeigt und von anderen Menschen unterscheidet. So passiert es häufig, dass im Laufe einer klass.-homöop. Behandlung, die z.B. wegen chron. Kopfschmerzen begonnen wurde, sich ganz „nebenbei“ auch Depressionen, Allergien, Asthma usw. verabschieden.

**Notieren Sie daher bitte die Besonderheiten oder Störungen, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.**

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht!
--