

## Fragebogen zur Behandlung mittels klassischer Homöopathie

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum -ort:.....

Straße und Wohnort:.....

Telefon:.....

Beruf:.....

Krankenkasse:.....

Datum Erstanamnese:.....

---

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

Für eine homöopathische Behandlung genügt es nicht, den Namen der Krankheit bzw. die Diagnose zu kennen. Oftmals sind es gerade Informationen, die in der herkömmlichen Medizin kaum Beachtung finden, die in der Homöopathie aber zum entscheidenden Verständnis des Krankheitsbildes beitragen und somit zur richtigen Arznei führen.

Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um Ihre Beobachtungen anzuregen und Sie auch auf Störungen und Krankheiten hinzuweisen, die Sie evtl. früher einmal gehabt haben und um die Erstanamnese - das 1. Behandlungsgespräch - möglichst wirkungsvoll durchführen zu können.

Selbstverständlich sind alle Angaben vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

---

**1. Welche Sorgen und Beschwerden haben Sie?**

- a) Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?
- b) Welche Umstände verbessern oder verschlechtern die Beschwerden? (z.B. Kälte-Wärmeanwendungen, Tageszeiten, Körperhaltungen, bestimmte psych. Situationen etc.)
- c) Könnten Sie sich vorstellen, dass es einen Zusammenhang mit speziellen Umständen, einem Unfall, psych. Belastung (z.B. Schock, Sorgen, Diätfehler, Überarbeitung etc.) und der Krankheit gibt?

**2. Angaben zu ernsteren oder chronischen Krankheiten Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) z.B.**

- a) Tuberkulose, Lungenentzündung
- b) Krebs
- c) Rheuma, Gicht
- d) Erbkrankheiten
- e) seelische Erkrankungen
- f) Unfälle, Selbstmord

**3. Ihre Biographie**

- a) Besonderheiten bei Ihrer Geburt oder im Säuglingsalter?
- b) Entwicklungsprobleme (Zahnung, Sprechen, Laufen)
- c) Gab es Impfungen, Impfreaktionen, Kinderkrankheiten?
- d) An welche Krankheiten und Besonderheiten im Kindesalter erinnern Sie sich?
- e) Gibt es Einschnitte in Ihrem Leben, die Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben?
- f) Notieren Sie bitte möglichst alle Erkrankungen, Operationen, Allergien, Unfälle, Medikamentenunverträglichkeiten in zeitlich richtiger Reihenfolge.

**4. Essen und Trinken**

- a) Was essen Sie am liebsten? Wichtig sind Nahrungsmittel bzw. Geschmacksrichtungen, nach denen sehr starkes Verlangen besteht. (z.B. Fleisch, Milch, Fett etc.)
- b) Wogegen haben Sie eine starke Abneigung?
- c) Welche Speisen sind für Sie unverträglich?
- d) Trinkverhalten: (viel/wenig, kalt/warm, was.)

**5. Stuhl**

- a) Wann und wie oft haben Sie Stuhlgang?
- b) Besteht Neigung zu Durchfall oder Verstopfung?
- c) Wie ist Form, Farbe, Geruch und Menge, gibt es Blut- oder Schleimbeimengungen?

**6. Wasserlassen**

- a) Haben Sie beim Wasserlassen irgendwelche Beschwerden?
- b) Ist der Geruch auffällig?
- c) Gibt es unwillkürlichen Harnabgang? (spontan, beim Lachen, Niesen etc.)

**7. Für Frauen**

- a) In welchem Alter hatten Sie die I. Periode?
- b) Wie ist die Regel? (unregelmäßig, zu früh, zu spät, schmerzhaft, stark/schwach etc.)
- c) Haben Sie Beschwerden bei, vor oder nach der Regel? Welche Begleitumstände gibt es? (Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Empfindsamkeit)
- d) Schwangerschaftsverhütung?
- e) Geburten, Fehlgeburten, Wechseljahrsbeschwerden?

**8. Temperatur / Schweiß / Frösteln**

- a) Wie ist Ihre Temperatur-Empfindung? (ist es meist zu heiß, zu kalt?)
- b) Schwitzen Sie leicht oder nur wenig?
- c) Bessert oder verschlechtert ein Schweißausbruch bestimmte Beschwerden?
- d) Wie ist der Schweiß? (kalt, klebrig, färbt er die Wäsche?)
- e) Wie ist der Geruch? (faulig, scharf, sauer, nach Urin?)

**9. Schlaf**

- a) Wie ist Ihr Schlaf? (Einschlafen, Durchschlafen) Sind Sie morgens erfrischt?
- b) Haben Sie eine bestimmte Schlaflage? (Rückenlage, Seitenlage, Bauch, Haltung der Hände)

**10. Haben Sie Beschwerden in folgenden Bereichen?**

- a) **Kopf** (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht)
- b) **Augen** (Sehen, Tränenfluss, Reizungen)
- c) **Ohren** (Hören, Ausfluss)
- d) **Nase** (Geruchssinn, Nasenbluten)
- e) **Mund** (Geschmackssinn, Speichel, Gefühl)
- f) **Lippen** (Risse, Blasen/Herpes, trocken)
- g) **Zähne**
- h) **Zahnfleisch** (blutend, Parodontose)
- i) **Hals** (Mandeln, Schwierigkeiten beim Schlucken, Stimme)
- j) Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie?
- k) **Lunge, Bronchien**
- l) **Herz**
- m) **Rücken, Gelenke, Arme, Beine**
- n) **Bauch** (Schmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen)
- o) **Haut, Haare, Nägel**, Eitern und Heilen von Wunden

**11. Wie vertragen Sie.....**

- a) heißes Wetter, kaltes Wetter?
- b) Regen, bewölktetes Wetter?
- c) Frühling, Sommer, Herbst, Winter?
- d) Sturm, Gewitter?
- e) warmes Bad, kaltes Bad?
- f) Mond, Sonne?
- g) Sitzen, Stehen?

**12. Wie geht es Ihnen.....**

- a) beim Fasten, nach dem Essen?
- b) bei Ärger?
- c) vor wichtigen Terminen, vor Prüfungen?
- d) mit Sorgen, Traurigkeit?
- e) mit Trost, Mitgefühl?
- f) in einer Menschenmenge?
- g) in einem geschlossenen Raum?
- h) beim Alleinsein?
- i) in Gesellschaft?

**13. Persönliche Merkmale**

- a) Wie würden Sie Ihren Charakter als Mensch beschreiben? Welches sind Ihre Besonderheiten, ungeachtet der Tatsache, ob es sich um positive oder negative Eigenschaften handelt?
- b) Kommt bei Ihnen Eifersucht vor, oder kennen Sie diese Emotion nicht?
- c) Was waren die größten Sorgen oder Kummer in Ihrem bisherigen Leben?
- d) Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung / Unordnung?
- e) Welche Aktivitäten lieben Sie besonders?
- f) Gibt es Themen, die Sie über lange Zeit stark beschäftigt haben oder Angriffe auf Ihre Moral- und Wertvorstellung?
- g) Wie sieht für Sie die Zukunft aus (Wünsche, Befürchtungen, Pläne)?

Haben Sie den Eindruck, dass alle für Sie relevanten Themen mit diesem Fragebogen angesprochen worden sind? Wenn nein, bitte ergänzen Sie das Fehlende.