**Homöopathischer Fragebogen für Erwachsene**

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in der Praxis ab oder senden Sie ihn an **praxis.hochschau@gmx.de**

Liebe(r) Patient(in),

sie sind hierhergekommen, damit Sie gesund werden oder zumindest eine Besserung Ihrer Beschwerden erfahren. Deshalb möchte ich das am besten passende homöopathische Arzneimittel für Sie finden. Um dies zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen, denn:

**das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegeben Symptome ermittelt.**

Daher sollten Sie ganz frei und möglichst vollständig die Fragen beantworten. Keine der Fragen ist unnötig und dient lediglich zur Findung des Arzneimittels. Versuchen Sie diesen Fragebogen mit eigenen Worten zu beantworten. *Die Erklärungen sollen nur als Hilfestellung dienen*.

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und in keiner Datenbank gespeichert.

**Name:**

**Geb.:**

**Adresse:**

**Tel.:**

**Hauptbeschwerde**

1. **Welche** Beschwerden bringen Sie zu mir, seit wann bestehen diese?
2. **Wodurch** ausgelöst? (z.B. Trauma, seelischen Schock, Ärger, Erregung, nasse Füße, Zugluft, Unterdrückung, Impfung usw.)
3. **Wo** sind die Beschwerden oder Empfindungen?
4. **Wie** sind die Beschwerden oder Empfindungen? z.B. brennend, klopfend, stechend usw.
5. **Wodurch besser – schlechter**? (z.B. Ruhe, Bewegung, Druck, Essen, Wärme, Schlafen usw.)
6. **Wann** treten die Beschwerden auf? (bestimmte Uhrzeit/Tag, immer wenn ich…)
7. Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch geändert? (z.B. Appetit, Psyche, Schlaf..)
8. Welche **Medikamente** nehmen Sie im Moment?

**Weitere Beschwerden**

1. Gibt es noch **weitere Beschwerden**, die neben den oben erwähnten bestehen? Beschreiben Sie bitte diese möglichst ausführlich so wie die obigen.
2. Haben sie oft mit **Erkältungen** und Problemen des **Atmungstraktes** zu tun?
3. Haben sie Probleme mit der **Haut/Haaren/Nägel/Zähne** (z.B. rissig, fettig, schuppig, juckend, Neurodermitis, Warzen, Pilz, usw.)? Wenn ja wo genau, welche?
4. Haben sie mit **Blutungen** wie Zahnfleisch- oder Nasenbluten zu tun? Wie lange blutet es?
5. Wie heilen **Verletzungen** (schnell/langsam)? Neigen diese zum **Eitern**? Bekommen Sie leicht blaue Flecken?
6. Gibt es allgemein beim **Wasserlassen** irgendwelche Probleme? Wenn ja, welche? (z.B. Unwillkürlicher Urin, besondere Farbe/Geruch?)
7. Wie steht es mit dem **Stuhlgang**? Neigen Sie zu Durchfall, Blähungen, Verstopfung oder bestehen andere Auffälligkeiten?
8. Neigen sie zu **Kopfschmerzen** oder **Schmerzen** anderer Art?
9. Wie bewerten Sie ihr **Energielevel** (körperlich/geistig/emotional)? Gibt es Dinge oder Arbeiten, die Sie besonders schnell erschöpfen?

**Wetter/Klima**

1. Gibt es ein **Wetter**, bei dem es Ihnen **besonders gut** oder **schlecht** geht? Wenn ja warum und wie äußert sich das? (Extrem heiß/kalt, feucht, kalt, warm, Regen, Wind/Sturm…)
2. In welcher **Jahreszeit** fühlen Sie sich am wohlsten/ weniger wohl?
3. Wie fühlen Sie sich bei einem **Gewitter**? (Begeisterung, Angst…)
4. Wie vertragen Sie **direkte Sonneneinwirkung**?
5. Wie geht es Ihnen am **Meer** und im **Gebirge**?
6. Sind Sie **mondempfindlich**? Wie äußert sich das?

**Temperatur/Schweiß**

1. Manchen Menschen **frieren immer** und fühlen sich kalt, andere fühlen sich zu warm und haben **zu viel Hitze.** Zu welcher Gruppe gehören Sie? Wie und wo äußert sich das?
2. Gibt es ein Körperteil, das eine andere Temperaturempfindung hat als der Rest des Körpers?
3. Haben Sie einen bestimmten **Körpergeruch**?
4. Bei welchen Gelegenheiten **schwitzen** sie? (Wie stark, wo, wie riecht er, hat er charakteristische Eigenschaften (färbt die Wäsche, wundmachend, juckend etc.)?
5. Wie steht es bei mit Händen und Füßen bezüglich Schweiß und Temperatur?

**Schlaf**

1. In welcher **Stellung** schlafen Sie, seit wann nehmen Sie diese Stellung ein? Gibt es eine Lage, die Sie nie einnehmen?
2. Schlafen Sie ohne Probleme ein, wie lange benötigen Sie um **einzuschlafen?**
3. Wie häufig und wann erwachen Sie nachts? Welche Stunden nachts sind Sie **schlaflos**?
4. Brauchen Sie viel oder wenig Schlaf, um erholt zu sein? Wann **erwachen** Sie? Wie fühlen Sie sich beim Aufstehen?
5. Gibt es **Beschwerden,** die sich **nach Schlaf verschlimmern** bzw. nach Schlaf auftreten?  
   Hat Schlaf auf Ihre Beschwerden einen **bessernden Einfluss**?
6. Was tun Sie während des Schlafes? (Einige Leute sprechen, lachen, schreien, weinen, sie sind ruhelos, erschrocken, knirschen mit den Zähnen, sie haben den Mund oder die Augen offen, wandeln im Schlaf.)
7. Halten Sie Ihr **Fenster** nachts geöffnet oder geschlossen?
8. **Schwitzen** Sie nachts und wenn ja wo?
9. Haben Sie **Träume**, die sich wiederholen oder gibt es ganz bestimmte Träume, an die sie sich erinnern? Erinnern Sie sich an Träume aus der Kindheit?

**Allgemeines**

1. Gibt es eine bestimmte **Tages- bzw. Uhrzeit**, zu der sie besonders aktiv oder müde sind (einige Menschen sind z.B. besonders nachtaktiv).
2. Befällt Sie **tagsüber Müdigkeit** und brauchen Sie Schlafpausen zwischendurch, wenn ja wann?
3. Gibt es eine **Körperhälfte**, die auffallend häufig oder deutlich von Beschwerden betroffen ist?
4. Bevorzugen oder meiden Sie bestimmte **Körperstellungen** oder **-positionen** (Sitzen, Stehen, Liegen etc.)?
5. Treiben Sie **Sport** (welchen, wann, wie häufig und warum)?
6. Wie vertragen Sie **Bewegung** bzw. **Anstrengung**? Wie ist Ihre Ausdauer bzw. Kondition?
7. Erleben Sie durch **Autofahren, Bahnfahren, Schiffsreisen** Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen? Oder bessern sich ihre Beschwerden bzw. haben sie vielleicht sogar ein auffallendes Verlangen danach?
8. Wie vertragen Sie **Kragen, Gürtel, enge Kleider** - macht etwas davon Beschwerden?
9. Bei welcher Gelegenheit wurden Sie **ohnmächtig**?

**Essen und Trinken**

1. Verspüren Sie vor, während oder nach Mahlzeiten Veränderungen Ihrer Allgemeinbefindlichkeit?
2. Wie steht es mit Ihrem **Appetit**? Ist er zu einer bestimmten Tageszeit ausgeprägter? Können Sie Mahlzeiten leicht auslassen oder manche gar nicht?
3. Wie ist ihr **Tempo beim Essen** (hastig, gemütlich)? Worauf achten Sie beim Essen?
4. Für welche Art von Nahrungsmittel haben Sie ein **ausgeprägtes Verlangen**?
5. Bei welchen Nahrungsmitteln besteht eine **große Abneigung**, vielleicht sogar Ekel?
6. Welche Nahrungsmittel **bekommen Ihnen nicht** und wie äußert sich das?
7. Besteht eine **Allergie/Unverträglichkeit** bei bestimmten Nahrungsmitteln? Wie äußert sich das?
8. Gibt es eine **Geschmacksrichtung**, die sie besonders mögen oder ablehnen? (süß, sauer, stark, gewürzt…)
9. Würzen Sie gerne mit **Salz** oder meiden Sie es eher?
10. Wie steht es mit Ihrem **Durst**? Was trinken Sie gerne, trinken sie lieber warm oder kalt, benutzen sie Eiswürfel?
11. Welche **Mengen** trinken Sie? Haben Sie dabei ein Durstgefühl?
12. Wie vertragen Sie Wein, Bier, Kaffee, Tee, Milch, saure Getränke?
13. Wie viel **rauchen** Sie täglich und wie fühlen Sie sich nach dem Rauchen?
14. Wieviel **Alkohol** trinken Sie täglich? Welchen Alkohol trinken Sie?
15. Gegen welche Arzneimittel sind Sie empfindlich oder welche vertragen Sie nicht?
16. Was nehmen Sie an Beruhigungs- oder Schlafmitteln?

**Gemüt**

1. Halten Sie sich lieber allein oder in Gesellschaft auf? Wie ertragen Sie **Alleinsein**, wie **Gesellschaft**?
2. Kennen Sie **Einsamkeits**- und **Verlassenheitsgefühle**?
3. Kommt es vor, dass Sie traurig sind? Ist es eine **Traurigkeit ohne ersichtlichen Grund**, die von innen her kommt oder ist sie an bestimmte Situationen gebunden?
4. Was machen Sie, wenn Sie traurig sind oder **ein Problem haben**?
5. Was war das **Schmerzhafteste**, das **Traurigste** in Ihrem Leben, der größte Kummer?
6. Wie lange brauchen Sie, um **unangenehme Erlebnisse** zu verarbeiten?
7. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal einen **großen Schock** oder **Schreck** erlebt?
8. Bei welcher Gelegenheit waren Sie **verzweifelt**?
9. Welches waren Ihre **größten Freuden**?
10. Bei welchen Gelegenheiten **weinen** Sie? (Musik, Vorwürfe, grundlos, zu welcher Zeit?)
11. Wie wirken **Trost** und Zuwendung, körperliche Berührung bei Ihnen? Wie haben Sie den Trost am liebsten? Von wem?
12. Wann **lachen** Sie? In welchen Situationen?
13. Kennen Sie **Mitgefühl**? Geben Sie mir bitte Bespiele aus Ihrem Leben für Mitgefühl. Ist es eher Mitgefühl oder Sorge?
14. In welcher Situation fühlen Sie sich am **unwohlsten**?
15. In welcher Situation fühlen Sie sich am **wohlsten**?
16. Beschreiben Sie ihren **Charakter**. Welche Charakterzüge sind ihre Stärken? Gibt es Charakterzüge von Ihnen, die Sie ändern möchten?
17. Kommt es vor, dass Sie sich unsicher fühlen oder **Mangel an Selbstvertrauen** haben? In welchen Situationen?
18. Wie steht es um Ihr **Harmoniebedürfnis**? Wie ist Ihre **Beziehung** zum Partner, zur Familie, zu den Nachbarn, auf der Arbeit mit den Mitarbeitern, zu den Mitmenschen allgemein? Wie ist die Beziehung zu Mutter und Vater?
19. Was können Sie **an anderen partout nicht ausstehen**?
20. Wie ertragen Sie es zu **warten**?
21. Wie ist Ihr **Tempo** beim Gehen, beim Arbeiten, beim Essen?
22. Wie ist Ihr **Ordnungssinn**? **Sammeln** sie gerne Dinge?
23. Wie ist ihr **Bedürfnis sich zu waschen**?
24. Sagen Sie mir alles bezüglich **Übergenauigkeit** und Übergewissenhaftigkeit bzw. Perfektionismus.
25. Kommt bei Ihnen **Eifersucht** vor, oder kennen Sie diese Emotion nicht? Zu wem spüren Sie die Eifersucht: zum Partner, zu Freunden oder Freundinnen, zur Familie, zu den Eigenschaften anderer Menschen? Auf Dinge? Wie äußert sich die Eifersucht?
26. Wann werden Sie **zornig**? Wie äußern sich **Wut und Ärger** bei Ihnen? (z.B. Fluchen Schlagen, Dinge werfen, Wunsch zu töten oder behalten Sie den Zorn eher bei sich?)
27. Neigen Sie gefühlsmäßig dazu anderen zu **widersprechen**? Kommen bei Ihnen Kritik oder Vorwürfe an andere vor? In welchen Situationen?
28. Wie gehen Sie mit **Kritik**, **Widerspruch** oder **Tadel** um?
29. Kennen Sie **Hass**- und **Rachegefühle**? Können Sie schnell verzeihen, sind Sie nachtragend, versöhnen Sie sich schnell wieder, wer macht als erster Frieden zwischen Ihnen und Ihrem Partner?
30. Wie ist Ihr **religiöses** Empfinden? Die religiöse Praxis? Das Beten? Das Beichten? Sexualität und Religion? Wie stehen Sie zum Jenseits?
31. Haben sie irgendwelche **Ängste** oder **Befürchtungen** oder hatten solche ausgeprägt als Kind (z.B.: Angst beim Alleinsein? In der Dunkelheit? vor Einbrechern? Höhenangst oder Angst zu fallen? Angst vor Wasser? um andere Menschen? um Kinder, um die Familie? die Furcht, dass man geliebten Menschen oder anderen etwas antun könnte? vor scharfen oder vor spitzen Gegenständen? vor Tieren? in der Öffentlichkeit aufzutreten? Angst in einer Menschenmenge? vor der Zukunft? vor dem Tod? Angst den Verstand zu verlieren? vor Krankheiten, Sonstige)
32. Wie fühlen Sie sich in einem **menschenüberfüllten Raum**, wie fühlen sie sich in **engen Räumen** wie Aufzügen?
33. Auf welche Dinge reagieren sie **empfindlich** (Geräusche, Gerüche, Kritik, Elektrosmog, geistige Eindrücke, Leid in der Welt etc…)?
34. Kennen Sie **Heimweh** oder Trennungsschmerz?
35. Es gibt Menschen, die manchmal denken sie würden lieber nicht mehr auf dieser Erde sein, sie möchten lieber sterben. Wie steht es bei Ihnen mit solchen Gedanken? In welchen Situationen kommen Ihnen solche Gedanken?
36. Wie ist Ihre Beziehung zu **Musik** und **Tanz**? Für welche Musik sind sie speziell empfindlich? Welche Emotionen kann Musik bei Ihnen auslösen?
37. Wie ist Ihr Verhältnis zu **Tieren**?
38. Wie ist Ihr Verhältnis zur **Natur**?
39. Wie ist Ihr **Verhältnis** **zu Ihrem Körper**? Haben Sie spezielle Empfindungen oder Wahrnehmungen Ihres Körpers betreffend, die Ihnen aufgefallen sind?
40. Wie ist Ihr **Verhältnis zum Geld** bzw. **Besitz**?
41. Wie stehen sie zu Ihrem **Beruf**? Kennen Sie **Ehrgeiz**? Wie ist Ihr **Verantwortungssinn**? Gibt es Situationen in denen Sie Konkurrenz spüren?
42. **Welche Wünsche** hätten Sie, wenn Ihnen ein **Zauberstab** zur Verfügung stehen würde? (So viele Wünsche wie Sie wollen)

**Speziell für Frauen:**

1. In welchem **Alter** trat die **Regel** erstmals auf?
2. Machen Sie bitte **Angaben** zu Ihrer **Menses**: Wie häufig ist Sie? Ist sie regelmäßig? Wie steht es mit der Dauer, der Reichlichkeit, der Farbe, dem Geruch, der Konsistenz (Klumpen?)? Zu welcher Tageszeit fließt die Regel am reichlichsten?
3. Haben Sie **Beschwerden** vor/während/ nach der **Mens**? Wenn ja beschreiben Sie diese.
4. Wie **fühlen** Sie sich vor, während und nach der **Regel**?
5. Haben Sie mit **Ausfluss** zu tun? Welche Farbe, Geruch, Menge, von welcher Beschaffenheit, in Verbindung mit Schmerzen, in Verbindung mit der Regel usw.
6. Nehmen Sie die Pille **oder** tragen Sie eine Spirale?
7. Leiden Sie an Juckreiz, Ausschlägen, Condylomen, Ausfluss, Trockenheit, sexuellen Beschwerden?
8. Leiden Sie an Myomen, Polypen, Metrorrhagie (Blutungen), Brust-Beschwerden oder Auffälligkeiten?
9. Haben Sie sexuell auffallende Neigungen, Schwierigkeiten?

**Speziell für Männer:**

1. Haben Sie Probleme mit: der Prostata, Ausfluss, Infekte, Condylome bzw. Warzen, Ekzem, Juckreiz?
2. Haben Sie sexuell auffallende Neigungen, Schwierigkeiten, Potenz bzw. Schwäche?

**Weiteres**

1. Welche Krankheiten/Unfälle/Operationen hatten Sie schon? Gibt es Beschwerden und Empfindungen, die immer wieder auftreten.
2. Was ist zu berichten über Krankheiten in ihrer Familie? Gibt es wiederkehrende oder wirklich auffallenden und langdauernden bzw. relevanten Erkrankungen wie z.B. Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs, Trunkenheit, Diabetes, Depressionen?
3. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wie haben Sie diese vertragen?
4. Erzählen Sie mir über Beschwerden und Klagen, die Sie haben und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben.
5. Was erwarten Sie von der homöopathischen Behandlung?