

Fragebogen Erwachsene

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Alter: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (privat, mobil, Büro): _____

Schule/Beruf: _____

Zeitchronologie der Erkrankungen

Bitte unterstreichen Sie diejenigen Erkrankungen/Auffälligkeiten, die Sie schon mal in ihrem Leben hatten. Schreiben Sie dahinter **in welchem Alter sie diese Erkrankungen hatten**. Wenn Sie mit dem genauen Zeitpunkt unsicher sind, schreiben Sie „ca.“ vor die Jahreszahl.

Wenn Sie die gleiche Erkrankung mehrmals hatten, notieren Sie es (z. B. Lungenentzündung „3“, „25“)

Wenn die Erkrankung mehrere Jahre anhielt, notieren Sie es entsprechend (z. Migräne von 22 – 31“)

Bitte versuchen Sie beim Ausfüllen – auch wenn es Mühe macht – so genau und ehrlich wie möglich zu sein, es wird den Erfolg der homöopathischen Behandlung verbessern. Evtl. ist es hilfreich – falls möglich – bei den Eltern nochmal nach Erkrankungen der Kindheit nachzufragen.

angeb. Fehlbildungen: Herzfehler, Blindheit, Klumpfuß, Hasenscharte ...

Stottern

Bettnässen

Leistenbruch

Hodenhochstand

Phimose/Vorhautverengung

Spät Laufen (14 M) oder Sprechen (24 M) gelernt

Legasthenie

Kinderkrankheiten:

- Masern
- Keuchhusten
- Scharlach
- Mumps
- Röteln
- Windpocken

Würmer, Läuse, Krätze

Gonorrhoe / Tripper

Tuberkulose

Malaria

Meningitis

Mononukleose/Pfeiffersches Drüsenfieber

Hepatitis
Herpes zoster / Gürtelrose
schwere Grippe
Lungenentzündung
Weitere Infektionskrankheiten?
Pleuritis/Rippenfellentzündung
Asthma
Krupp/Pseudokrupp
chron. Bronchitis
Thrombose
Krampfadern
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arteriosklerose
Schilddrüsenerkrankung: Kropf, Überfunktion, Unterfunktion, Basedow, Hashimoto
Angina/Halsentzündung
Allergien, Heuschnupfen, Neurodermitis
Nasenbluten
Lymphknotenschwellungen
Otitis media / Mittelohrentzündung
Polypen
Knochenerkrankungen: Rachitis, Hüftdysplasie, Exostosen (z. B. Fersensporn)
Trichterbrust
Zähne: querstehend, nicht angelegt, Milchzähne nicht von alleine ausgefallen
Schielen
Angeborene Hornhautverkrümmung
Kurz- oder Weitsichtigkeit
Gerstenkörner
Augenentzündung
Eingezogene Burstwarzen
Eierstockentzündung, Sterilität, PAP 3 oder 4
Eierstockzysten, Myome,
Vaginalpilz, Chlamydien, Trichomonaden
Prostataentzündung, Hodenentzündung
Nierenentzündung
Harnröhrentzündung,
Zystitis/Blasenentzündung
Gallensteine/Nierensteine
Schwangerschaft / Entbindung (Komplikationen?)
Totgeburt, Fehlgeburt (welcher Monat?), Zwillingsgeburt
Knoten oder Zysten in der Brust
Regelmäßig Durchfall oder Verstopfung
Magengeschwüre
Gastritis
Darmpolypen
Hämorrhoiden, Afterfissuren
Nervenentzündungen/Neuritis, Lähmungen
Epilepsie
Ischias, Bandscheibenvorfall
Migräne, chronische Kopfschmerzen
Krebs (welcher Art?)
Basaliom
Starke Reaktion auf Insektenstiche
Erysipel/Wundrose
Aphthen
Pigmentstörungen, Weißfleckenkrankheit
Psoriasis/Schuppenflechte

Ekzem
Urtikaria
Akne
Hautpilz
Eiterungen, Furunkel, Fisteln
Herpes (Lippen, Genitalien)
Diabetes (Typ I oder Typ II?)
Kondylome, Feigwarzen
Einfache Warzen (kleine, hornige Warzen, z. B. Hände), Dornwarzen/Plantarwarzen (Fußsohle)
Filiforme Warzen (weiche, fadenförmige Warzen, z. B. Hals, Achseln)
Hämangiom/Blutschwamm
Fußpilz, Nagelpilz
Gallensteine, Nierensteine
Gicht, Rhema, Arthritis
Impfungen? wann und wogegen
Psyche: Bulimie, Magersucht, Depression, Angstzustände

Erkrankungen, die bisher nicht erwähnt wurden:

Operationen:

treten frühere Erkrankungen immer wieder auf?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? Wogegen, seit wann, wie viel?

**Entwicklungen von Syndromen, welche Symptome gingen dem jetzigen Krankheitszustand voraus?
Wie war es früher?**

Fragebogen zur Familienanamnese:

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Auffälligkeiten in ihrer Familie aufgetreten sind. Ordnen Sie alles jeweils der mütterlichen und väterlichen Verwandtschaft zu. Erfasst werden sollten dabei:

1. Eigene Geschwister, 2. Eltern + deren Geschwister, 3. Großeltern + deren Geschwister, 4. ggfs. Urgroßeltern

KRANKHEITEN	Geschwister	Mutter	Geschwister Mutter	Großeltern (Mutter + Vater) mütterlich	Geschwister Großeltern (mütterlich)	Vater	Geschwister Vater	Großeltern (Mutter + Vater) väterlich	Geschwister Großeltern (väterlich)
Tuberkulose									
Lungenentzündung									
Pleuritis/Rippenfellentzündung									
Asthma, chron. Bronchitis									
Schilddrüsenerkrankung: Struma/Kropf, Hyperthyreose, Basedow									
Allergien, Heuschnupfen, Neurodermitis									
Eiterungen, Furunkel, Fisteln									
Meningitis									
Epilepsie									
Thyphus, Malaria									
Syphilis									
Diphtherie									
Knochenerkrankungen: Rachitis, Hüftdysplasie, Exostosen (z. B. Fersensporn)									
angeb. Fehlbildungen: Herzfehler, Blindheit, Klumpfuß, Hasenscharte									
Schielen, Stottern									
Bettnässen									
Leistenbruch, Hodenhochstand									
Totgeburt, Fehlgeburt, Zwillinge									
Nerven: Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen									
Geschwüre									
Magengeschwüre									
Psoriasis/Schuppenflechte									
Bluthochdruck (Hypertonie)									
Herzinfarkt, Arteriosklerose									
Schlaganfall									
Alzheimer/Altersdemenz									
Alkoholismus									

Depression, Geisteskrankheit, Selbstmord									
Krebs (welche Art?)									
Leukämie									
Basaliom									
Mononukleose/Pfeiffersches Drüsenfieber									
Herpes zoster / Gürtelrose									
Thrombose									
Hepatitis									
Diabetes (Typ I oder Typ II?)									
Gonorrhoe / Tripper									
Filiforme Warzen/Stilwarzen, Kondylome, Feigwarzen									
Gallensteine, Nierensteine									
Gicht, Rheuma									
Eierstockentzündung, Sterilität									
Myome									
Harnröhrentzündung, Prostataentzündung									
Blasen-, Nierenentzündung									
starke Impfreaktion (Fieber, Entzündungen...)									
Kinderkrankheiten: Masern, Keuchhusten, Scharlach, Mumps, Röteln, Windpocken									

ALLGEMEINES

Gibt es Jahreszeiten, in der sich Ihre Krankheit verschlechtert? ja / nein

Wenn ja, welche?

Gibt es Tageszeiten, in der sich Ihre Krankheit verschlechtert? ja / nein

Wenn ja, welche?

Beeinflusst das Wetter Ihre Beschwerden? ja / nein

Wenn ja, welches und wann besser oder schlechter? (z.B. Wetterwechsel, feuchtwarm, nasskalt, Gewitter, Wind, Zugluft ... usw)

Kehren Ihre Beschwerden in einem bestimmten Rhythmus wieder? ja / nein

z.B. Kopfschmerzen alle 14 Tage, oder immer im Sommer

Vertragen Sie Wärme? ja / nein

(z.B. starkes Verlangen, Abneigung Sonne, Hitze, geheizte Räume, Zimmer, Bettdecke, warme Badewanne)

Vertragen Sie Kälte? ja / nein

(z.B. starkes Verlangen, Abneigung, Kälte, kalter Wind, Frost, Schnee ...)

Lieben Sie den Aufenthalt am?

(Meer, Gebirge, warmes Zimmer, Freien, frischer Luft, Reisen)

Sind Sie wetterempfindlich? ja / nein

Wetterwechsel, Regen, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, Zugluft,

Wie schlafen Sie?

(Fenster offen, Heizung an, warm zugedeckt, abgedeckt, zugedeckte/ abgedeckte Füße

Allgemeines zu Ihrem Schlaf

(Wie fühlen Sie sich morgens?, Einschlaf-Durchschlafstörungen, Erwachen – Schlafwandel, Nachtschweiß, Zähneknirschen –Speichelfluss, gestörter: Schrei, Herz, Hunger, Urin, Alpträume

Lage: eine Seite nicht möglich, Knie-Ellenbogen-Lage

Schlafgewohnheiten: wie lange ?

Wiederkehrende Träume? (z.B. Fallen)

Wie ist Ihr Schlaf?

Schwitzen Sie?

(leicht/schwer? Wo am meisten? (Hände, Füße, Achsel, Kopf?), kalt/warm – übelriechend - färbt Wäsche- Ablagerung – klebrig, unter welchen Umständen?)

Sind Sie besonders geräuschempfindlich oder geruchsempfindlich?

Geräuschempfindlich gegen: _____

Geruchsempfindlich gegen: _____

Gibt es bestimmte Geräusche oder Gerüche, die Sie überhaupt nicht vertragen?

Geräusche _____

Gerüche _____

Gab es in Ihrer Vergangenheit traumatische Situationen oder Erlebnisse?

Wenn ja, welche?

Gab es in Ihrer Vergangenheit Unfälle?

Wenn ja, welche?

Welche Impfungen hatten Sie als Kind und Pubertierende(r)? Wann waren diese?

Welche Impfungen hatten Sie als Erwachsener? Wann waren diese?

Traten nach einer Impfung Symptome / Reaktionen oder Beschwerden auf? ja / nein

- Fieberkrämpfe Fieber Aphten schrille Schreie, Schreikrämpfe
 Lähmungserscheinungen Hirnhautentzündungen Wesensveränderungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Serumtherapie durchgeführt? ja / nein

Blutaustausch wegen Rhesusfaktor-Unverträglichkeit _____

Bluttransfusion _____

Eigenbluttherapie _____

Wurden Sie von einem Tier gebissen (Katzen, Hunde Zecken)? ja / nein

Wenn ja, welches Tier und wann?

Hatten Sie schon mal eine Tropenkrankheit? ja / nein

Wenn ja, welche?

Hatten / haben Sie, Warzen, oder warzenähnliche Hautgebilde?

Hauterscheinungen?

Sommersprossen: ja / nein

Leberflecken: ja / nein

Muttermale: ja / nein

Feuermale: ja / nein

Spider naevi ja / nein

(spinnenförmige Gefäßzeichnungen)

Genitalien MÄNNLICH:

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| Gab es einen Hodenhochstand? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Vorhautverklebung? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Harnröhrenverklebung? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Musste eine Phimose behandelt werden? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie eine Hodenentzündung? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Prostata vergrößert? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Gab es schon einmal eine Pilzinfektion im Genitalbereich? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Gab es schon einmal eine Herpesinfektion im Genitalbereich? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie andere Entzündungen im Genitalbereich? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie ungewollt Kinderlos? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| _____ | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| _____ | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| _____ | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |

Genitalien WEIBLICH:

Haben oder hatten Sie Ausfluss? ja / nein **Seit wann?** _____

Wie sieht der Ausfluss aus?

- dick
 dünn
 eitrig
 eiweißartig
 milchig
 gelb
 braun

Welche Beschwerden macht der Ausfluss?

- brennend
 juckend
 wundmachend
 mild
 keine

Zu welcher Zeit tritt er auf?

- Vor der Periode
 Zwischen der Periode
 Nach der Periode
 ist immer vorhanden

Wurde der Ausfluss schon behandelt? ja / nein

Wenn ja, mit welchem Erfolg?

- 01: _____
- 02: _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Menstruation (**Periode**)? _____

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| Hatten Sie schon einmal Vaginalpilze? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie schon einmal Entzündungen der Eierstöcke? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie schon einmal Entzündungen der Gebärmutter? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie schon einmal Zysten oder Myome an oben genannten Organen? | ja <input type="checkbox"/> / nein | <input type="checkbox"/> |

Bemerken Sie ein paar Tage vor, zu Beginn, während oder nach bzw. zwischen der Menstruation körperliche, psychische oder sonstige Veränderungen bzw. Beschwerden?

Wenn ja, welche und zu welcher Zeit der Periode treten diese auf?

In welchen Abständen haben Sie die Periode?

Gerechnet vom 1. Tag der Blutung bis zu dem Tag, bevor die nächste Blutung beginnt (Menstruationszyklus)?

Wie stark ist Ihre Periode? _____

Wie ist die Farbe?

helles Blut dunkles Blut mit Klumpen

Zu welcher Tages- oder Nachtstunde fließt die Mensis am stärksten?

Leiden Sie unter Zwischenblutungen? ja / nein

Werden oder wurden Sie, obwohl Kinderwunsch besteht, nicht schwanger? ja / nein

Wenn ja, was war der Grund für die Kinderlosigkeit?

Waren Sie schon einmal schwanger? ja / nein

Wenn ja, wie oft? _____

Hatten Sie schon Fehlgeburten? _____ Wie oft? _____

In welchem Monat? _____

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch?

In welchem Monat? _____

Wie verliefen die Schwangerschaften und Entbindungen?

Welche Beschwerden traten während der Schwangerschaft, Entbindung oder im Wochenbett auf?

Hatten Sie in der Schwangerschaft irgendwelche Vorlieben, Abneigungen oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel, Getränke oder Gerüche?

Genitalien Weiblich und Männlich:

Hatten Sie schon einmal eine Geschlechtskrankheit?

Tripper Syphilis Sonstige

01: _____

02: _____

Hatte Ihr Sexualpartner schon einmal eine Geschlechtskrankheit? ja / nein

Sind Ihnen von Ihren Sexualpartnern nachfolgende Erkrankungen bekannt?

Wärzchen im Genitalbereich? ja / nein

Ständige Entzündungen im Genitalbereich? ja / nein

Geschwüre,(auch schmerzlose) im Genitalbereich? ja / nein

01: _____

Stuhl:

Haben Sie im Bauchbereich Schmerzen? ja / nein

Vor dem Stuhlgang Während des Stuhlgangs Nach dem Stuhlgang

Besteht eine Stuhlträgheit? ja / nein

schwergehender Stuhl, trotz weicher Konsistenz vergeblicher Stuhltrieb

Leiden Sie unter Durchfälle? ja / nein

Es gibt eine Ursache dafür wechselt mit Verstopfung

Konsistenz des Stuhls.

breiig, weich wie Kaffeesatz flüssig
 unverdaut fest, zäh flockig klumpiger Schleim
 dünn wie Bleistift wie Schafskot wie gehackt bröckelig
 Auflagen von Schleim Auflagen von Blut halbflüssig mit Stuhlpartikel

Geruch des Stuhls.

aashaft wie faule Eier faulig wie alter Käse
 sauer übelriechend

Farbe des Stuhls.

- hellgelb gelb lehmfarbig braun dunkel
 grünlich
 leberfarbig wie Kalkbrocken fettig orange
.....

Stuhlabgang.

- mit Blähungsabgang herausschießend heiß laut, geräuschvoll

Erleichtert Ihnen eine besondere Körperhaltung den Stuhlgang?
(z.B. nach vorne beugen, zurückneigen.....)

Was trinken Sie regelmäßig und in welcher Menge?

Wasser _____ ltr. Kaffee _____ ltr. Tee ltr. _____ Bier _____ ltr. Wein _____

Was ist Ihr Haupt- bzw. Lieblingsgetränk?

Wie viel (Gesamttrinkmenge), trinken Sie pro Tag?

Wie ist Ihr Appetit und Ihr Essverhalten? _____

Wie ist das Verhältnis von dem, was Sie essen, zu Ihrem Gewicht? _____

Können Sie gut fasten oder bekommen Sie durch Auslassen einer Mahlzeit Beschwerden?

Haben Sie auffallenden Appetit, Heißhunger oder Verlangen nach bestimmten Speisen, Gewürzen oder Getränken, bei denen es schwerfällt, darauf zu verzichten?

Wenn ja, worauf?

Haben Sie eine auffallende Abneigung oder gar Ekel gegen bestimmte Speisen, Gewürze, Getränke? Wenn ja, wogegen?

Gibt es bestimmte Speisen, Gewürze, Getränke, die Sie nicht vertragen?

Welche und was für Beschwerden bekommen Sie dadurch?

Rauchen Sie?

ja / nein Nicht mehr seit _____ Ja, seit _____ Jahren, täglich _____ Zigaretten.

Wie vertragen Sie das Alleinsein?

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft?

Wie reagieren Sie auf Trost und Zuspruch:

Wie ertragen Sie einen Widerspruch?

Wie ertragen Sie eine Kränkung?

Wie reagieren Sie bei Prüfungen?

Wie reagieren Sie auf Freude?

Haben Sie Hobbies? (Musik, Tanz, Sport, Reisen)

Wie ist Ihre Stimmung?

Extrovertiert, froh, heiter, gesellig, spielfreudig, kontaktfähig, optimistisch,
Introvertiert, still, ernst, verschlossen, gehemmt, grüblerisch, pessimistisch
Exaltiert, nervös, gereizt, ungeduldig, hastig, aufbrausend, jähzornig
Deprimiert, empfindlich, beleidigt, gekränkt, weinerlich, verzweifelt, lebensüberdrüssig)

Wie ist das Benehmen?

ablehnend, albern, arbeitsscheu, begeistert, boshaft, eigensinnig, argwöhnisch, eifersüchtig,
gefühllos, entschlosslos, feig, gehässig, gewissenhaft, geschäftig, grimassieren, herrisch, hochmütig,
jammernd, kritisch, langweilig, launenhaft, liebesbedürftig, lügen, menschenscheu, misstrauisch,
mitfühlend, nachgiebig, nachtragend, pedantisch, phantastisch, rührselig, schadenfroh, schamhaft,
schamlos, unfolgsam, ungeduldig, unruhig, unzufrieden, verträumt, zornig

Haben Sie Angst?

Ahnungen, , Platzangst, vor Alleinsein, Armut, Dunkelheit, Einbrecher, Erwachen, Geisteskrankheiten,
Geräusche, Gesellschaft, Gespenster, Gewissen, Gewitter, Misserfolgen, Prüfungen, Sterben, Tiere,
Zukunft, Schlangen, Spinnen, Mäusen

Haben Sie Sorgen?

Ärger, Aufregungen, Kummer, Kränkungen, Heimweh, Ehe, sexuelle

Wie ist Ihr Gedächtnis?

Vergesslichkeit, Namen, Zahlen, was Sie tun wollen, versprechen, verschreiben

Wie ist Ihre Konzentration?

Zerstreut, interesselos, arbeitsscheu, schulschwierig, abgelenkt, unkonzentriert, schlampig, nachlässig, dumm, faul

Wie geht es mit dem Lernen?

leicht, schwer, Verlangen, Abneigung, Unfähigkeit

Leiden Sie unter Einbildungen?

Haben Sie Wahnvorstellungen:

z.B. Besessenheit, Größenwahn, Menstruationswahn, religiöser Wahn, Säuferwahn, Verfolgungswahn

Leiden Sie unter Zwangsvorstellungen:

Stehlwang, Entkleidungszwang, Mordzwang, Wanderzwang, Brandstiftungstrieb, Waschwang