

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

nach Gerhard Risch

Datum der Erstkonsultation

Patienten-Nr.

Wichtiger Hinweis an Sie, liebe*r Patient*in

Bitte genau und gründlich ausfüllen! Flüchtig ausgefüllte Fragebogen sind unbrauchbar und machen eine homöopathische Behandlung unmöglich! Lesen Sie jedes Wort einzeln durch und fragen Sie sich, ob in Bezug auf diese Angaben bei Ihnen einmal etwas gewesen ist. Auch frühere Krankheitserscheinungen sind wichtig, darum beziehen sich alle Fragen auf das ganze Leben! Geben Sie bei jeder Beantwortung auch die großen „W's“ mit an: Was, wo, wohin, wann, seit wann, wie lange, wie, wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst? Wenn bei den angeführten Beispielen für Sie eines in Frage kommt, dann unterstreichen Sie es und geben am Rand die nötigen Erläuterungen in Bezug auf die „W's“. Die Beispiele sollen nur Anregungen für Sie sein, wenn etwas nicht vorkommt, dann schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten.

Ihre persönlichen Daten

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Beruf: _____ geb. am: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____ Fehlgeburten: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Haarfarbe: _____

Email: _____

Therapeutische
Vermerke

Meine Frage

Ihre Antwort

	<p>1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?</p> <p>z. B. was:</p> <p>seit wann:</p> <p>wo:</p> <p>wie:</p> <p>zu welcher Zeit:</p> <p>wodurch besser oder schlechter:</p> <p>wodurch ausgelöst</p> <p>usw.</p>	
--	---	--

2. Familienvorgeschichte:

Gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tante, Großonkel, Großtante, Geschwister) irgendwelche Krankheiten? Z.B. Krebs, Tuberkolose, Hautkrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Steine (Galle/Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria oder anderes?

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern?

Welche Krankheiten sind Ihnen vom Vater bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen von der Mutter bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen von den Großeltern bekannt?

Vater

Mutter

3. Eigene Vorgeschichte:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Z. B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Pocken, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Paratyphus, Malaria, Tropenkrankheiten, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Hepatitis, Tuberkulose, Anginen, Bronchitis, Grippe, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Pilze), Nieren-, Blasen-, Harnröhrentzündung usw.?

Welche anderen Erkrankungen hat es bei Ihnen gegeben? Z.B. Krebs, Lymphdrüsenanschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit oder anderes?

Mit welchen Hauterkrankungen hatten Sie zu tun? Z.B. Krätze, Ekzeme, Pusteln, Pickel, Akne, Herpes, Flechten, Rundflechte, Furunkel, Warzen oder anderes?

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wie haben Sie sie vertragen? Z. B. Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung, Tuberkulose, Typhus, Serum oder andere?

Gab es bei Ihnen in den folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Erscheinungen oder gibt es sie noch? Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht, Gallenentzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Harnröhre, Eierstock, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Haare Nägel, Muskeln, Gefäße, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut (z.B. Anämie, Blutwerte), Drüsen, Rheuma, Gicht, Nerven, Gemüt

Welche Verletzungen hatten Sie? Z.B. Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Kriegsverletzungen, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.?

Gab es in Ihrer Kindheit etwas Besonderes? Z. B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsschwierigkeiten, Rachitis, spätes Laufen- oder Sprechenlernen, Würmer, Verstopfungen, Durchfälle, auffällige psychische Verhaltensweisen, Ängste usw.?

4. Allgemeine Symptomatik:

Gibt es Tages- oder Nachtzeiten, oder sogar feste Tages- oder Nachtstunden, in denen Sie sich schlechter fühlen?

Welche Jahreszeit gibt es, in denen es Ihnen schlechter geht?

Wie werden Sie vom Stand der Sonne oder des Mondes von Licht oder Dunkelheit beeinflusst?

Sind Sie wetterempfindlich, z.B. Wetterwechsel, Regen, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, feuchtwarmes Wetter, nasskaltes Wetter, trockenes Wetter, Zugluft usw.? Wo, wie und was werden dadurch gestört?

Sind Sie klimaempfindlich? Z.B. Nordsee, Sumpfgegend, Hochgebirge, Wüstenklima?

Wie vertragen Sie Wärme? Z.B. Sonne, Hitze, Ofen, Bäder, Zimmer, Kleider, warme Umschläge usw.?

Wie vertragen Sie Kälte? Z.B. trockene, feuchte, eisige, kalte Umschläge usw.?

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer warm? Z.B. können Sie ein warmes Zimmer vertragen oder öffnen Sie lieber das Fenster, lieber einen Pullover zu viel oder keinen?

Wie ist Ihre Wärmeregulation? Z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt der andere warm, hitzig, Hitzewallungen, Frösteln, Schüttelfrost, Fieberneigung, nie Fieber, hohes Fieber usw.? Machen Sie bitte nähere Angaben!

Wie schwitzen Sie? Z.B. leicht, gar nicht, total, teilweise, Anstrengung, Aufregung, warm, kalt, klebrig, übelriechend, die Wäsche färbend, erleichternd, erschöpfend, unangenehm, morgens, tagsüber, abends, nachts, Kopf, Hinterkopf, Nacken, Stirn, Gesicht, Brust, Achseln, Rücken, Oberkörper, Unterkörper, einseitig, Hände, Beine, Füße, im Schritt usw.?

Wie steht es mit Ihrem Schlaf? Z.B. gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlafwandeln, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hochliegend, flach, Rücken, Bauch, links, rechts, sitzend, knieend, Knie-Ellenbogen-Lage, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße warm, Füße herausgestreckt, kalte Füße, frieren im Schlaf, schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen usw.?

Wird der Schlaf oft durch bestimmte Erscheinungen gestört? Z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume usw.?

Gibt es einen bestimmten Traum, der in Ihrem Leben immer wiederkehrte?

Werden Sie leicht schwindelig und wann? Z.B. in der Höhe, beim Aufstehen, Liegen, Gehen, Stehen, Morgens, nach dem Essen usw.?

Wie vertragen Sie Bahn-, Auto-, Schiffs- oder Flugreisen?

Bei welchen Gelegenheiten sind Sie ohnmächtig geworden?

Sind Sie sehr druck- oder berührungsempfindlich? Z.B. Hartliegen, Anfassen, Massieren, enge Kleider, Hals, Brust, Bauch, Taille, Hände, Füße, Geschlechtsteile, Gelenke, Wunden usw.?

Bekommen Sie leicht „blaue Flecke“?

Wie verhält sich Ihre Haut bei Verletzungen? Z.B. heilt leicht, heilt schlecht, eitert, Narben aufgeworfen, eingezogen, verfärbt, blutet kaum, Blut schwer zu stillen, Blut hellrot, dunkel, schwarz usw.?

Leiden Sie unter merkwürdigen Absonderungen? Z.B. aus Geschwüren, Pickeln, Hautausschlägen, Nabel, Ohren, After? Welche Eigenschaften haben diese? Z.B. Geruch, Farbe, Aussehen, wässrig, dick, wundmachend, zäh usw.?

Treten bei Ihnen bestimmte „Zustände“ auf? Z.B. Schwäche, Ohnmachten, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Blutandrang, Krämpfe, Lähmungen, Zittern, Zucken, epileptische Anfälle, Entzündungen, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Angstanfälle, oder andere?

Wo gibt es auffällige Empfindungen? Z.B. Ameisenlaufen, Taubheit, Kribbeln, Jucken, Spannung, Steifheit, Zittern, Klopfen, Pulsieren, Kälte- oder Hitzegefühl, Gefühle „als ob“ ein Haar, ein Klumpen, Kloß, Sandkorn, Bewegungen, sich irgendwo befänden, oder andere?

Wie können Sie Ihre Schmerzen charakterisieren? Z.B. berstend, bohrend, brennend, drückend, krampfend, klopfend, reißend, schneidend, stechend, ziehend, plötzlich beginnend, plötzlich endend, nur nachts, nur tags, periodisch auftretend, wo beginnend, wohin ausstrahlend, Fehlen von Schmerzen, wo sie eigentlich erwartet würden usw.?

Welche Überempfindlichkeiten gibt es bei Ihnen? Z.B. Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden oder andere?

Welche Stellungen oder Haltungen Ihres Körpers gibt es, die bessern oder verschlechtern? Z.B. Liegen, Gehen, Stehen, Laufen, Bewegung, Anstrengung, Treppensteigen, Sitzen, Fahren, Heben usw.?

Wird eine Körperseite bei Ihren Krankheitserscheinungen eindeutig bevorzugt? Z.B. alles nur rechts, alles nur links, nur oben, nur unten, Seitenwechsel usw.?

Hat es jemals sexuelle Schwierigkeiten, Störungen gegeben? Z.B. Erektionsschwierigkeiten, zu früher Samenerguss, kein Samenerguss, blutiger Samenerguss, Abneigung gegen Geschlechtsverkehr, übermäßiger Geschlechtstrieb, kein Orgasmus, Onanie oder andere?

5. Lokale Symptomatik

*(Wenn hierbei von Beschwerden zu berichten ist, bitte immer genau angeben, **WO** (Ort), **WOHIN** (Ausstrahlung), **WANN** (zeitliches Auftreten), **WIE** (Schmerz- oder Empfindungscharakter), **WODURCH** besser oder schlechter, **WODURCH** ausgelöst (Grund angeben!))*

Kopf: z.B. Kopfhaut, Haar, Haarausfall, Gehirn usw.

Kopfschmerzen:

Schwindel: z.B. Art des Schwindels (Drehen, Taumeln, Neigen zum Fallen), Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen usw.

Gesicht: auch Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge usw.

Augen: auch Entzündungen, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörungen usw.

Ohren: auch Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, Hören, eiternde Ohrläppchen usw.

Nase: z.B. Geruchssinn, Niesen, Schnupfen, Heuschnupfen, Nebenhöhlen usw.

Mund: z.B. Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluss, Geschwüre (Aphten), Zahnfleisch, Zahnungsschwierigkeiten als Kind, schlechte Zähne, Wurzelentzündungen, tote Zähne, Amalganfüllungen, Fisteln, Zunge usw.

Hals: z.B. Mandeln, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Stimme, Sprache, Luftröhre, Schilddrüse, Drüsen usw.

Lungen und Bronchien: z.B. Husten, Auswurf (wie beschaffen? Wann?), Asthma, Atemnot, Entzündungen usw.

Herz: z.B. Herzfehler, Herzschmerzen, Herzklopfen, Angina pectoris usw.

Brüste: z.B. Knoten in der Brust, Krebs, Entzündungen, Schwellungen oder Schmerzen vor der Regel usw.

Magen: Schleimhautentzündung, Geschwüre, „empfindlicher Magen“ usw.

Magenschmerzen:

Aufstoßen:

Übelkeit:

Erbrechen:

Appetit: z.B. normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger, nachts usw.

Welche Erscheinungen gibt es, wenn Sie längere Zeit nichts gegessen haben? Z.B. Schwäche, Kopfschmerz, Zitterigkeit, schlechte Laune usw.

Gibt es bestimmte Zeiten am Tag oder in der Nacht, in denen Sie unbedingt etwas essen müssen?

Wieviel (portionsmäßig) können Sie essen?

Entspricht Ihr Körpergewicht dem, was Sie essen?

Sodbrennen: Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht? (**U**=Unverträglichkeit). Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein ausgesprochenes Verlangen oder sind Sie geradezu gierig? (**V**=Verlangen). Gegen welche Speisen oder Getränke haben Sie eine unüberwindliche Abneigung? (**A**=Abneigung)

Bier	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Fleisch	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Kohl	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Wein	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Geräuchertes	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Kuchen	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Milch	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	gewürzte Speisen	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Obst	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Kaffee	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Gemüse	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Rohe Speisen	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
kalte Getränke	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Tabak	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Salate	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
warme Getränke	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Eis	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Salziges	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Brot	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Eier	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Saures	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Butter	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Käse	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Süßes	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Fette Speisen	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Karotten	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Zwiebeln	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A
Fisch	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Kartoffeln	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A	Merkwürdiges	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A

Wie ist Ihr Durst? Z.B. normal, groß, klein, wenig, nachts, lieber warm oder kalt? usw.

Welche Bauchbeschwerden kennen Sie und wann: z.B. Galle, Gallenkoliken, Milz, Bauchspeicheldrüse, Darm, Nabelbruch, Leistenbruch, Blähungen, Geräusche, Schmerzen, Absonderung aus dem Nabel usw.?

Meine Frage

Ihre Antwort

Stuhlgang: z.B. täglich, jeden Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, mittags, abends, nachts, hell, dunkel, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, schafkotartig, hart, trocken, klebrig, bleistiftdünn, dünn, breiig, wässrig, schmerzhaft, schmerzlos, wegspritzend, drängend, dranglos, Drang ohne Erfolg, krampfartig, stechend, wundmachend, zurückschlüpfend, kann ihn nicht halten, Hämorrhoiden usw.

Wann hat es früher mal eine längere Zeit Verstopfung oder Durchfall gegeben?

Waren oder sind Sie genötigt Abführmittel zu nehmen?

Ja Nein

Harnentleerung: z.B. normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel, salzig, übelriechend, schmerzhaft, kann ihn nicht halten, muss warten bis er kommt, plötzlicher Harndrang, absatzweise Entleerung usw.

Hatten Sie jemals in der Blase oder Harnröhre brennen oder schneiden beim Wasserlassen?

Ja Nein

Genitalorgane **männlich**: z.B. Prostata, Hoden, Penis usw. Hat es jemals dort was Auffälliges gegeben?

Genitalorgane **weiblich**: z.B. Scheide, Eierstöcke, Gebärmutter. Hat es jemals dort was Auffälliges gegeben?

Haben Sie jemals einen Ausfluss aus Harnröhre oder Scheide gehabt? Wann, wenig, stark, weiß, gelb, braun, blutig, grün, schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übelriechend, wann zum ersten Mal in Ihrem Leben?

Menstruation:

Nehmen Sie die Pille?

Ja Welche

Nein

Wann hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen?

Wieviele Tage dauert Ihre Regelblutung?

Wie stark ist sie? z.B. normal, stark, schwach usw.

Wie sieht Ihre Blutung aus? z.B. hell, dunkel, schwarz, wässrig, klumpig, übelriechend usw.

Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Regelblutung? Wo, wohin? Wie treten sie auf? usw.

Gibt es vor, während oder nach der Regelblutung irgendwelche Begleiterscheinungen in anderen Regionen des Organismus? z.B. Kopfschmerzen, Husten, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Gliederschmerzen, Brustspannung oder -schmerzen, Ohnmachten, Fieber, Schwäche, Halsschmerzen, psychische Erscheinungen usw.

Haben Sie unter Ihrer Pubertät oder Ihren Wechseljahren sehr gelitten? Wie?

Gab es jemals Eierstocksysten, Myome, Schleimhautveränderungen, Entzündungen, Feigwarzen, Condylome, Geschwüre oder andere Veränderungen im Genitalbereich oder Unterbauch?

Gliedmaßen:

Leiden oder litten Sie an Gliederschmerzen? Wo, wann, wie?

Gibt es etwas Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nägeln?

Rücken: Leiden Sie unter irgendwelchen Rückenschmerzen oder anderen Krankheiten im Rückenbereich?

6. Gemütssymptomatik:

Hat sich in der letzten Zeit etwas in Ihrer psychischen Verfassung geändert? Was?

Können Sie leicht zornig werden, schimpfen, „explodieren“?

Zu welchen Gelegenheiten können Sie weinen?

Haben oder hatten Sie (als Kind) irgendwelche Ängste? z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst usw.

Wie steht es mit Ihrem Ordnungssinn?

Welche Rolle spielt die Eifersucht, der Neid, der Geiz bei Ihnen?

Hat es jemals in Ihrem Leben depressive Phasen, Selbstmordgedanken, Selbstmordversuche, tiefste Traurigkeit oder ähnliches gegeben?

Wie steht es mit Ihrem Selbstvertrauen?

Welche Beschwerden entstehen durch starke Gemütsregung wie Schreck, Kummer, Ärger, Eifersucht, Trauer, Freude, Prüfungsangst usw.?

Wie steht es mit Ihren geistigen Funktionen? z.B. Denken, Lernen, Rechnen, Vergessen, Behalten, Konzentration, Aufmerksamkeit, Zerstreuung usw.

Wie steht es mit Unruhe, Nervosität, Langsamkeit, Hektik, Eile, Geduld, Ungeduld, Schreckhaftigkeit?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die für Sie typisch oder auffällig sind?

Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Wie werden Sie von anderen eingeschätzt?

Gibt es bei Ihnen im psychischen Bereich Dinge, die Sie vor anderen unbedingt verbergen möchten?

7. Allgemeine Fragen:

Besitzen Sie Spannkraft und Vitalität?

Sind Sie sportlich leistungsfähig?

Waren Sie als Baby oder Kleinkind pummelig oder schlank, ruhig oder zappelig?

Lieben Sie Ihren Beruf?

Hatten Sie in der letzten Zeit Röntgenbestrahlung oder -durchleuchtung?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und welche?

Welche Medikamente sind in der letzten Zeit genommen worden oder nehmen Sie noch?

Gegen welche Medikamente haben Sie schon einmal empfindlich reagiert?