

## Homöopathischer Fragebogen

Für die ganzheitliche homöopathische Behandlung ist das Erfassen des erkrankten Menschen mit all seinen akuten und/oder chronischen Symptomen, seinen persönlichen Eigenarten, Vorlieben und Abneigungen von entscheidender Bedeutung. Das genaue und bitte leserliche Ausfüllen des Fragebogens, (falls dies handschriftlich geschieht), dient der Vorbereitung der anschließenden homöopathischen Anamnese und Behandlung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

1. Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (welche Beschwerden – Wo, Wann, Wie, Was begleitet, Was verändert?)

---

---

---

2. Bitte beschreiben Sie sich mit einigen Stichworten selbst:

---

---

---

3. Beschreiben Sie bitte häufige Stimmungslagen von Ihnen:

---

---

---

4. Frieren Sie meistens, haben Sie kalte Füße und / oder Hände- oder ist Ihnen eher warm?

---

- 
- 
5. Beschreiben Sie bitte, was Ihnen gut tut, wann Sie sich wohl fühlen- wann Sie sich unwohl fühlen (z.B. Wärme, Kälte, Zugluft, Wind, Jahreszeiten, Tageszeiten, Esszeiten, andere typische Eigenarten):

---

---

---

6. Wie ist Ihr Appetit, welche Nahrungsmittel essen Sie ausgesprochen gerne- welche ungerne? Welche Nahrungsmittel vertragen Sie überhaupt nicht? Bitte beschreiben Sie Ihr instinktives Gefühl und nicht das, was der Verstand Ihnen sagt.

---

---

---

7. Wie ist Ihr Schlaf (Einschlafen- Durchschlafen), in welcher Lage schlafen Sie- gibt es wiederkehrende Träume?

---

---

---

8. Schwitzen sie leicht- wo –Geruch?

---

---

---

9. Beschreiben Sie bitte Ihren Stuhlgang ( Farbe- Form- Geruch- Tageszeit- regelmäßig)?

---

---

---

10. Gibt es Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Urinausscheidung?

---

---

---

11. Sofern es auf Sie zutrifft, beschreiben Sie bitte Ihre Monatsblutung  
(Zykluslänge, Blutungsdauer- und -stärke, Farbe des Ausflusses,  
Allgemeinbefinden vor/während und nach der Monatsblutung)

---

---

---

12. Treffen folgende Zustände auf Sie zu? Beschreiben Sie bitte:  
Ängste, wovor – Weinen – Zorn – Geduld / Ungeduld – Schreckhaftigkeit  
– Ordnungssinn – Sorgen- Kränkungen ??

---

---

---

13. Welches Ereignis hat Ihr Leben beeinflusst und beschäftigt Sie vielleicht  
auch noch heute oder besonders zur Zeit innerlich?

---

---

---

14. Nenn Sie bitte gegebenenfalls weitere für Sie typische Gewohnheiten  
oder Verhaltensweisen, die bis jetzt noch nicht erfragt wurden- auch  
wenn sie scheinbar mit der Krankheit nichts zutun haben!

---

---

---

Klinische Diagnose:

Vorbehandlung / Begleitmedikation:

---

---

---

Derzeitige Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel:

---

---

---

Hauptbeschwerden:

---

---

---

Vermutlicher Auslöser (dieser kann z.B. emotionaler Stress, Wind, Schlafmangel etc. sein.):

---

---

---

Wie ist das Symptom? Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten, wie sie es empfinden:

---

---

---

Wo ist das Symptom :

---

Strahlt das Symptom eventuell aus, wenn ja wohin:

---

Was macht das Symptom besser: ( + )

---

Was verschlechtert das Symptom: ( - )

---

Zeitabhängigkeit: Jahreszeit / Tageszeit / Mondphasen

Wetter: heiß / warm / kalt / windig / trocken / schwül / neblig / nass / feucht

Aufenthalt: im Raum / Im Freien / Berge / Meer

Mahlzeiten: Vor / Nach / Bei

Helligkeit: Schatten / Sonne / Helligkeit / Dunkelheit / Schnee

Gesellschaft: Alleinsein / Menschenmenge / Familie / Freunde

Gerüche: Zigarettenrauch / Parfum / Blumen

Geräusche: Ruhe / Lärm / spezielle Geräusche / Musik

Absonderungen: Urin / Stuhl / Sekret / Monatsblutung

Gemütssymptome:

Stimmung: ausgeglichen / depressiv / weinerlich / fröhlich / lebhaft / exaltiert

Mentaler Status: Konzentration gut / Konzentration schlecht / Merkfähigkeit

Gefühlsregungen: Gereizt / Zorn / Ärger / Niedergeschlagen

Geselligkeit: einsam / gesellig

Temperament: nervös / lebhaft / ruhig / zurückhaltend / schüchtern

Ängste:

---

---

---

Andere Symptome (Kopf-zu-Fuß-Schema):

---

---

---

Kopf: Kopfschmerzen / Schwindel / Benommenheit

Augen: Rötung / Juckreiz / Brennen / Lichtempfindlichkeit / Doppeltsehen

Nase: Sekretion / Trockenheit / verstopft / Niesreiz / Geruchsempfindlichkeit

Ohren: Schmerzen / Tinnitus / Schwerhörigkeit / Empfindlich / Sekret

Mund: Speichelfluss / Trockenheit / Aphten / Geschmack / Geruch

Zähne: Zahnung / Lockerung / Karies / Füllungen u. Implantate/ Lockerung

Hals:

Außen: Knoten / Vergrößerung / Engegefühl / Hautveränderungen

Innen: Kloßgefühl / Heiserkeit / Schluckbeschwerden / Schmerzen

Brust:

Atemwege: Atemnot / Husten / Zusammenschnürungsgefühl

Herz: Herzklopfen / Herzrasen / Schmerzen / Beklemmungsgefühl / Angst

Mammae: Schmerzen / Spannungsgefühl / Absonderungen

Bewegungsapparat: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule: \_\_\_\_\_

Schultern / Arme: \_\_\_\_\_

Beine: \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Trakt: \_\_\_\_\_

Magen: Sodbrennen / Aufstoßen / Erbrechen / Übelkeit

Darm: Blähungen / Koliken / Auftreibung / Verstopfung / Durchfall

Urogenitaltrakt: Stechen / Brennen / Schmerzen / Juckreiz

Harnwege: \_\_\_\_\_

Geschlechtsorgane: \_\_\_\_\_

Haut: \_\_\_\_\_

Haare: \_\_\_\_\_

Nägel: \_\_\_\_\_

Drüsen: \_\_\_\_\_

## Chronik

Bitte sorgfältig und leserlich ausfüllen – ggf. bitte auf der Rückseite fortsetzen.

Datum:	Lebensereignis:	Krankheit:	Therapie:

Bitte Faxen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen vorab an Fax: 02 28 / 3 69 79 05  
/ E-Mail [praxis@anebrettner.de](mailto:praxis@anebrettner.de) oder bringen diesen zum Termin mit.

Vielen Dank.