

PRIVATARZTPRAXIS
MONIKA KÖLSCH, ÄRZTIN

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT: ALTERN. HEILMETHODEN
ABTNAUNDORFER STRASSE 55, 04347 LEHNZIG
TEL. 0172/7925999, 0341/2612143, Fax 0341/2612526

Ihre Personalien:

Name:

Wohnung:

Alter:

Tel.:

Hinweise zur homöopathischen Behandlung

Für eine homöopathische Behandlung genügt es nicht, den Namen der Krankheit bzw. die Diagnose zu kennen. Wichtig ist die genaue Kenntnis der Person mit all ihren Eigenheiten.

Auch scheinbar unwesentliche, gar nicht mit den Hauptbeschwerden in direkter Beziehung stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen können für die Wahl des homöopathischen Medikamentes ausschlaggebend sein.

Um Ihre Beobachtungen anzuregen und damit möglichst nichts vergessen wird, haben wir diesen Fragebogen entwickelt.

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich, da sich erst im nachhinein herausstellen wird, welche dieser Fragen für die Arzneimittelfindung wirklich wichtig gewesen sind. Falls der Platz nicht ausreicht, schreiben Sie bitte auf der Rückseite des jeweiligen Blattes weiter.

Sollten Sie sich zu einem Punkt nicht schriftlich äußern wollen, so machen Sie ein Sternchen und teilen es dann mündlich mit. Wichtig ist, daß Sie sich mit allen Fragen beschäftigen.

Selbstverständlich fällt Ihre Schilderung unter die ärztliche Schweigepflicht.

1. Frühere Erkrankungen und Behandlungen:

Notieren Sie bitte möglichst alle Erkrankungen, Operationen, Allergien usw. mit dem Datum des Auftretens. Soweit Sie es wissen, sind auch die Dauer der Erkrankung, sowie die Behandlung wichtig. Benutzen Sie bitte die Rückseite, falls der Platz nicht reicht.

2. Hauptbeschwerden: (momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, Medikamente); wenn Ihnen der Platz nicht reicht, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter.

Hat diese Krankheit einen Zusammenhang mit speziellen Umständen, einem Unfall, psychischer Belastung (z. B. Schock, Sorgen, Diätfehler, Überarbeitung, Kälte - Hitze, Belastung usw.)?

3. Familiäre Erkrankungen:

(Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister)

Besonders wichtig sind bösartige Erkrankungen, Erbkrankheiten, seelische Erkrankungen, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten.

Anzahl der Geschwister und deren Alter? Anzahl der Kinder und deren Alter?

4. Persönliche Vorgeschichte:

Besonderheiten bei Ihrer Geburt oder im Säuglingsalter? Ausschläge, Unverträglichkeiten? Kleinkindesalter? Bettnässen? Entwicklungsprobleme?

Alle Impfungen (bitte Impfausweis mitbringen) und wie haben Sie die Impfungen vertragen?

5. Jetztige Gewohnheiten? (Wenn es vor Ihrer Erkrankung anders war, schreiben Sie es bitte in Klammern dahinter)

Rauchen?

Alkohol?

Kaffee?

Schlaftabletten?

Abführtabletten?

Andere Medikamente?

Wie ist der Appetit?

Wie schnell essen Sie?

Wie ist der Durst?

Haben Sie Geschmacksstörungen?

6. Schwitzen/Fieber/Frösteln:

Wann und in welchen Situationen schwitzen Sie?

Wie stark schwitzen Sie?

An welchen Körperteilen schwitzen Sie am stärksten?

Wie ist der Schweiß? Warm, kalt, klebrig, ölig, färbt er die Wäsche?

Wie ist der Geruch? z. B. faulig, scharf, sauer, nach Urin?

Wie fühlen Sie sich nach dem Schwitzen?
Wie oft bekommen Sie Fieber oder Schüttelfrost? (Pro Jahr)

Spüren Sie ein besonderes Wärme- oder Kältegefühl in einem Bereich des Körpers zu einer bestimmten Zeit?

Haben Sie ein brennendes oder Hitzegefühl in den Händen oder Fußsohlen? Wann? Wo?

7. Essen und Trinken

Bei dieser Frage interessieren uns besonders die folgenden Speisen, Getränke und Geschmacksrichtungen:

Süß, salzig, sauer, scharf.

Milch, Eier, Fett, fettes Fleisch, Geräuchertes, Fleisch allgemein, Fisch.

Früchte, Zwiebeln, Knoblauch, Gemüse, Sauerkraut, Kohl.

Warmes oder kaltes Trinken oder Essen.

Brot, Butter, Kaffee, Tee.

Was mögen Sie am liebsten Essen oder Trinken?

Wogegen haben Sie eine Abneigung?

Welche Speisen oder Getränke sind für Sie unverträglich?

8. Stuhlgang:

Verstopfung?

Durchfall?

Wann und wie oft pro Tag haben Sie Stuhlgang?

Wann ist der Stuhlgang dringend?

Müssen Sie stark pressen, selbst bei weichem Stuhl?

Blähungen?

auffälliger Geruch?

9. Wasserlassen/Urin:

Haben sie beim Wasserlassen irgendwelche Beschwerden?

Ist der Geruch auffällig?

Haben sie Schwierigkeiten vor, während oder nach dem Wasserlassen?

Irgendwelche Schwierigkeiten in Bezug auf den Wasserstrahl, z. B.
langsamer Start, unterbrochen, schwach, tröpfeln usw.?

Kommt manchmal unwillkürliches Wasserlassen vor? Wann?

10. Sonstige Beschwerden:

Haben Sie Beschwerden in folgenden Bereichen:

Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht)

Augen: (Sehen, Tränenfluß, Reizungen)

Ohren: (Hören, Ausfluß)

Nase: (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten)

Mund: (Geschmackssinn, Gefühl)

Lippen: (Risse, Blasen, Haut, die sich ablöst)

Zähne: (Karies, Farbe)

Zahnfleisch: (geschwollen, blutend)

Hals: (Mandeln, Schwierigkeiten beim Schlucken, Stimme)

Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie?

Lunge, Bronchien:

Herz:

Rücken, Gelenke, Arme, Beine:

Bauch (Schmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen):

Haut, Haare, Nägel, Eitern und Heilen von Wunden:

Sexualität:

11. Für Frauen:

In welchem Alter hatten Sie die 1. Periode?

Hatten Sie damals Schwierigkeiten?

Sind die Perioden regelmäßig oder unregelmäßig?

Wielange dauert die Blutung?

Beschwerden oder Stimmungsschwankungen vor, während oder nach der Blutung?

Ausfluß? Farbe, Geruch, Art, Juckreiz?

Haben Sie Schwierigkeiten in Zusammenhang mit den Brüsten?

Schwangerschaftsverhütung?

Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren?

Fehlgeburt, Ausschabung, Schwangerschaftsbeschwerden, Gebärmutter-senkung usw.?

12. Schlaf:

Bitte beschreiben Sie Ihre Schlafstellung (Rückenlage, Seitenlage, Bauch, Haltung der Hände?)

In welcher Stellung können Sie nicht einschlafen?

Besonderheiten während des Schlafens (Schnarchen, Zähneknirschen, Schwitzen, Speichelfluß, Sprechen, Weinen, Herumgehen, Lachen, Schlaflosigkeit, Zudecken, Aufdecken, Erwachen)

Sind sie morgens erfrischt, nach einem Mittagschlaf erfrischt?

Welchen Traum haben Sie am häufigsten, träumen Sie viel oder wenig?

13. Wie vertragen Sie.....:

Heisses Wetter, kaltes Wetter:

Regen, bewölkttes Wetter:

Frühling, Sommer:

Herbst, Winter:

Sturm, Gewitter:

Warmes Bad, kaltes Bad:

Sonne, Mond:

Sitzen, aufrecht sitzen, Stehen:

Aufwärtsschauen, Hinabschauen:

Hinabschauen von einem hohen Punkt (z.B. Kirchturm), Schauen auf sich bewegende Gegenstände:

Geräusche, plötzliche Geräusche:

Musik, Licht:

Starken Geruch:

Tabakrauch:

Berührung:

Massage:

Enge Kleider:

Kalte Füße:

Warmes Zimmer:

Kaltes Zimmer:

Frische Luft:

Wind:

Meer:

Welches ist Ihre häufigste Beschwerdeseite?

Haben Sie Schwächegefühle?

Wie geht es Ihnen...:

Vor der Periode:

Nach der Periode:

Nach Schwitzen, vor, während:

Beim Fasten, nach dem Essen:

Bei Ärger:

Vor wichtigen Verabredungen, vor Prüfungen:

Mit Sorgen, Traurigkeit:

Nach Weinen (erleichtert oder nicht):

Mit Trost, Mitgefühl:

In einer Menschenmenge:

In einem geschlossenen Raum:

Beim Denken an eine Krankheit:

morgens:

nachmittags:

abends:

nachts:

Beim Baden:

Luftzug:

Vollmond:

Beim Alleinsein:

In Gesellschaft:

Bei körperlicher Anstrengung:

Treppensteigen:

Abwärtsgehen:

Beim Fahren (Bus, Auto, usw.):

Liegen auf dem Rücken, linke Seite, rechte Seite:

Haben oder hatten Sie Warzen oder Muttermale, Fettgeschwülste oder sonstige Knoten?

14. Geistes- und Gemütssymptome:

Haben Sie Schwierigkeiten in Bezug auf Ihre geistigen Fähigkeiten oder Ihr Gedächtnis?

Wie ist Ihre Willenskraft, Ihr Selbstvertrauen?

Tauchen manchmal Gedanken auf, die Sie lieber nicht hätten? Welche?

Unangenehme Empfindungen?

In welchen Situationen weinen Sie?

Wie fühlen Sie sich, wenn jemand Mitleid zeigt oder Sie trösten möchte?

Sind Sie rasch gereizt?

Was macht Sie ärgerlich?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch? (körperliches Zittern, Schwitzen usw. oder seelisch?)

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft? Sind Sie lieber allein?

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung, Unordnung?

Was waren die größten Sorgen oder Kummer in Ihrem bisherigen Leben?

Die größten Freuden?

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders?

Gibt es Stimmungszustände oder Eigenschaften, die Ihnen unangenehm sind, die Sie - obwohl Sie Ihnen bewußt sind - kaum beeinflussen können?

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnisse, Partnerschaft, Freundschaft, Beruf, Aktivitäten?) und

Wie sieht für Sie die Zukunft aus? (Wünsche, Befürchtungen, Pläne)