



Bitte lesen Sie diese Einleitung durch, bevor Sie beginnen, den Fragebogen auszufüllen.

Sie sind hier hergekommen, um gesund zu werden oder zumindest eine Besserung Ihrer Beschwerden zu erfahren. Mein Ziel ist, Ihnen dabei zu helfen und die für Ihre Beschwerden am besten passende Medizin herauszufinden. Um dieses zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen, da die homöopathische Medizin hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden wird.

Wenn ich also ein wirksames Mittel für Sie finden will, müssen mir alle Einzelheiten Ihrer Erkrankung bekannt sein.

Ebenso muss ich alle Züge Ihrer eigentlichen Persönlichkeit kennen. Das beinhaltet Ihre Reaktionen und Verhaltensweisen unter den verschiedensten Umständen, ebenso Ihre Vergangenheit und die Vorgeschichte Ihrer Familie und den Zustand Ihres Geistes und Ihres Gemüts. Die Kenntnisse dieser Umstände ermöglichen mir ein Mittel für Sie zu finden, das im besten Fall schließlich Ihre Krankheit heilen soll. Das Mittel wird darüber hinaus dazu beitragen, Ihren gesundheitlichen Gesamtzustand zu verbessern.

Um alles über Sie zu erfahren, werde ich nun eine Menge Fragen an Sie stellen. Jede dieser Fragen hat eine bestimmte Absicht und Bedeutung für die Anamnese. Keine einzige dieser Fragen ist unnötig. Auch Dinge, von denen Sie denken, dass sie nichts mit Ihren Beschwerden zu tun haben, können von höchster Wichtigkeit sein bei der Entscheidung, Ihnen das richtige Mittel zu geben.

Deshalb sollten Sie ganz frei und ungehemmt eine möglichst vollständige Beschreibung jedes einzelnen Punktes geben.

Bitte lesen Sie nun jede Frage sorgfältig durch und denken Sie darüber nach. Wenn es nötig ist, fragen Sie jemanden aus Ihrem näheren Umkreis und beantworten dann die Frage vollständig. Halten Sie bitte nichts zurück, denn alles, was Sie mir hier mitteilen, wird unter dem strengsten Siegel der Verschwiegenheit behandelt.

Der Fragebogen besteht aus sieben Teilen

Teil 1

Ihre Krankheiten und die Krankheiten Ihrer Familie. Bitte nehmen Sie sich Zeit dafür, um diesen Teil möglichst vollständig mithilfe Ihrer Familienmitglieder auszufüllen, bevor Sie zu mir kommen.

Teil 2

Die Geschichte Ihrer jetzigen Erkrankung.

Teil 3

Alle Bereiche Ihres Körpers.

Teil 4

Hier handelt es sich um Faktoren, die Ihren Körper beeinträchtigen. Bitte denken Sie sorgfältig über jeden genannten Anhaltspunkt nach und beschreiben Sie, welche besonderen Wirkungen bei Ihnen selbst entstehen.

Teil 5

Hier geht es um Ihren Charakter und Gemütszustand. Bitte beschreiben Sie in diesem Teil auch, wie Ihre momentane Lebenssituation aussieht und was alles sie in irgendeiner Weise bedrückt. Seien Sie bitte ganz und gar offen.

Teil 6

Alles über Ihren Schlaf und Ihre Träume.

Teil 7 (ab Seite 25)

Hier finden Sie eine Anweisung, wie Sie über Ihre Beschwerden berichten sollen. Lesen Sie also diese Anweisung zuerst. Dann stellen Sie eine Liste Ihrer Beschwerden auf und beschreiben diese gemäß der Anweisung.

Alle hier mitgeteilten Dinge werden streng vertraulich betrachtet und insbesondere in keiner Datenbank gespeichert. Falls aus wissenschaftlichem Interesse Ihre



Vertraulich

Krankengeschichte oder Teile derselben veröffentlicht werden sollen, so wird vorher Ihr Einverständnis geholt und die Veröffentlichung streng anonym ohne Namensnennung und ohne Nennung von Umständen, die zu einer Identifikation Ihrer Person führen könnten, durchgeführt.

Angaben zu Ihrer Person		Datum der Anamnese:	
Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf (derzeitige Beschäftigung)
Straße	PLZ, Wohnort	Geschlecht	Schulbildung
		männlich / weiblich	
Telefon privat		Telefon Arbeitsplatz	

Familienstand:	<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> verheiratet	Ernährungsgewohnheiten:	<input type="checkbox"/> Vegetarier
	<input type="radio"/> geschieden	<input type="radio"/> Partnerschaft		<input type="checkbox"/> Nichtvegetarier
	<input type="radio"/> verwitwet		andere: _____	

Kinder:		Alter:	Geschlecht:
Anzahl:			

Durch wen wurden Sie auf mich / meine Praxis aufmerksam gemacht?

FRÜHERE ERKRANKUNGEN UND EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

Jede Krankheit, Vergiftung, Medizin oder Unfall hinterlässt Markierungen und bleibt als ein Schwachpunkt im System zurück - und dies in wesentlich größerem Umfang, als wir es uns vorstellen können. Die homöopathische Behandlung trägt diesen Einzelheiten der Vergangenheit Rechnung und behebt diese Schwachpunkte. Dies stärkt Ihren Organismus. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass Sie alles über Ihre Beschwerden, an denen Sie in der Vergangenheit gelitten haben aufzeichnen, ebenso die Einzelheiten der dafür stattgefundenen Behandlung.

In der jetzt folgenden Liste unterstreichen Sie bitte all die schwereren Erkrankungen, an denen Sie gelitten haben, und auf der dann folgenden Seite geben Sie bitte jeweils die wichtigen Einzelheiten dazu an.

Typhus Cholera Nahrungsmittelvergiftung Würmer Diarrhöe Ruhr	Masern Windpocken Röteln Mumps Keuchhusten	Malaria Gelbsucht Lebererkrankungen Milz Gallenblase	Fehlgeburten Todgeburten Ausschabungen Erkrankungen während der Schwangerschaft usw. Uterusvorfall
---	--	--	--



Frühere Erkrankungen und eingenommene Medikamente

Unterernährung Rachitis Rheumatismus Rückenschmerzen	Geschlechtskrankheiten wie Syphilis Gonorrhöe usw.	Herzerkrankungen Herzbeschwerden Blutdruck Schwindel	Nierenentzündungen Harnblasenbeschwerden Diabetes Prostatabeschwerden
---	---	---	--

Jede Operation z.B. Tonsillektomie Bauch-OP. Appendizitis Hernien Hämorrhoiden Uterus Nierensteine Gallensteine Phimose Hydrocele Grüner Star Grauer Star usw. Art der Narkose (Anästhesie: allgemein/lokal)	Diphtherie bösartige Tonsillitis Halsabszesse Polypen häufige Erkältungskrankheiten Sinusitis Bronchitis Eosinophilie Erkältungen Fieber Schüttelfrost Lungenentzündung Asthma. Pleuritis, TBC	irgendwelche Schocks Kummer Enttäuschungen Schreck Gemütsregungen Depressionen oder Nervenzusammenbrüche
---	--	--

Chronische Kopfschmerzen Taubheitsgefühle Krämpfe, Anfälle Epilepsie, Polio Paralyse usw. Meningitis - Lumbalpunktion?	Jeglicher schwerer Unfall oder Verletzungen des Körpers oder Kopfes. Alle Zustände von Bewusstlosigkeit. Irgendwelche schwere Blutungen aus irgendeinem Teil des Körpers.	Hauterkrankungen wie Pickel, Furunkel Karbunkel, Ringelflechte Pilzkrankungen Krätze, Ekzeme, Herpes Nesselsucht, Allergie irgendwelche Geschwüre an irgendeinem Teil des Körpers.
---	--	--



FRÜHERE ERKRANKUNGEN UND EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

Erkrankung	Alter	Dauer	Genesen?	Medikamente	Behandlung	weitere Einzelheiten

Weitere Besonderheiten und Informationen:

Bitte erwähnen Sie alle Medikamente, Stärkungsmittel, Stimulantien etc., die Sie jemals in Ihrem Leben genommen haben:



Haupterkrankungen

Liste der Haupterkrankungen			
Anämie	Krebs	Diabetes	Geisteskrankheit
Rheumatismus	Tuberkulose	Pleuritis	Lepra
Epilepsie	Blutungsneigung	Nesselsucht	Ekzem
Asthma	Paralyse	Multiple Sklerose	Bluthochdruck usw.
Herzerkrankungen	Nierenerkrankungen	Lebererkrankungen	

Verwandtschaft	Alter	Erlittene Erkrankungen	Todesursache
väterlicher Großvater			
väterliche Großmutter			
mütterlicher Großvater			
mütterliche Großmutter			
Vater			
Mutter			
väterliche Onkel			
väterliche Tanten			
mütterliche Onkel			
mütterliche Tanten			
Cousin(en) väterliche Seite			
Cousin(en) mütterliche Seite			

Hat irgendeiner dieser Verwandten Erkrankungen oder Beschwerden, die den Ihren ähneln?

Geschwister			
Wie viele Brüder /Schwestern haben Sie? (Inklusive bereits verstorbener.)			
In der folgenden Tabelle machen Sie bitte Angaben zu Ihren Geschwistern.			
Bezeichnen Sie Ihre Stelle innerhalb der Geschwisterreihe , indem Sie dort "selbst" eintragen.			
Bruder / Schwester	Alter	lebend / tot	Erkrankungen, an denen sie gelitten haben / leiden
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			



Persönliche Geschichte

Über Ihre Geburt

Hatte Ihre Mutter irgendwelche Probleme während der Schwangerschaft mit Ihnen? Hat sie während der Schwangerschaft mit Ihnen irgendwelche Mittel genommen? Wenn ja, welche? Hatte sie irgendwelche Schwierigkeiten bei Ihrer Geburt? Bitte machen Sie genaue Angaben.

In welchem Alter begann bei Ihnen

	Alter		Alter
Zahnen		Urinkontrolle (Bettnässen usw.)	
Sitzen		Essen von unverdaulichen Dingen wie Kalk, Erde, Kreide, Papier usw.	
Laufen		Gab es irgendwelche anderen Probleme mit Wachstum und Entwicklung?	
Sprechen			

Tierbisse: Kreuzen Sie bitte an, wenn Sie von irgendeinem Tier gebissen worden sind. Schreiben Sie gegebenenfalls die Tierart in eine leere Spalte. Bekamen Sie Tollwut-Serum oder Tollwut-Impfung oder irgendwelche Gegengifte verabreicht?

Hund		Katze	Ratte	Schlange		Skorpion	

Impfungen und Informationen: Schreiben Sie bitte auf, wie oft Sie gegen folgende Krankheiten geimpft worden sind. Gab es irgendeine Reaktion oder Beschwerden nach einer der Impfungen? Bitte machen Sie genaue Angaben.

Pocken		Polio		Cholera		Masern	
Dreifach-Impfung		B.C.G.		Typhus		Tetanus	
Röteln		Hepatitis B		Pertussis			



Persönliche Geschichte

Anzahl Ihrer Kinder, sowohl der Lebenden als auch der Toten. Bitte machen Sie Angaben in allen Spalten. Falls Kinder gestorben sind (Totgeburt, Fehlgeburten oder Missbildungen?), geben Sie bitte Grund/Ursache dafür an:

Name	m/w	Alter	Erkrankungen	verstorben

Ihre Gewohnheiten							
Wie viel?		Wie viel?		Wie viel?		Wie viel?	
Rauchen		Tabak kauen		Tee		Abführmittel/-tablettten	
Schnupfen		Alkohol		Schlaftabletten		Was sonst?	



Teil 2 - Hauptsächliche Beschwerden

Hauptsächliche Beschwerden und die damit verbundene Beschwerden.

Bitte erzählen Sie die genaue Geschichte Ihrer jetzigen Haupterkrankung(en) mit Beginn, Verlauf und möglichst genauen Daten.

Beginn / Jahr:

Ursache

Können Sie den Ursprung Ihrer jetzigen Erkrankung auf irgendeine bestimmten Umstände, Unfälle, Krankheiten, Ereignisse oder Aufregungen zurückführen? (z.B. Schock, Kummer, Irrtümer, Diät, Überanstrengung, Kälteeinwirkung, Hitzeeinwirkung usw.?)



Appetit, Durst

Wie ist Ihr Appetit?
Wann sind Sie sehr hungrig?
Was passiert, wenn Sie längere Zeit nichts essen? Wie schnell essen Sie?
Wie viel Durst haben Sie? Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?
Gibt es irgendwelche Veränderungen in Ihrem Geschmack oder Gefühl im Mund?

Bitte machen Sie jetzt ein Kreuz (X), wenn Sie irgendein Nahrungsmittel mögen/nicht mögen oder wenn es Ihnen nicht bekommt. Machen Sie zwei Kreuze (XX), wenn dieses Mögen/Nichtmögen oder Nichtbekommen sehr stark ist.

	mögen	nicht mögen	nicht bekommen		mögen	nicht mögen	nicht bekommen
Bitter				Eier			
stark salzig				starke Gewürze			
Süßigkeiten				Fleisch			
Sauer				Flach			
Brot				Kohl			
Butter				Zwiebeln			
Gebratenes				warme / kalte Nahrung			
Milch				warme / kalte Getränke			
Kaffee				Früchte			
Erde/Kalk				irgendetwas sonst			
irgendetwas sonst				irgendetwas sonst			
irgendetwas sonst				irgendetwas sonst			



Stuhl, Wasserlassen und Urin

Stuhl	
Haben Sie irgendwelche Probleme in Beziehung zu Ihrem Stuhl?	
Wann und wie häufig am Tag haben Sie Stuhlgang?	
Wann ist der Stuhl dringend?	
Haben Sie irgendwelche Probleme mit der Darmtätigkeit?	
Müssen Sie beim Stuhl stark pressen? Auch, wenn er weich ist?	
Haben Sie Aufstoßen oder Rülpsen?	
Beschreiben Sie den Charakter.	
Wie fühlen Sie sich, wenn Sie aufgestoßen haben?	
Urin	
Haben Sie irgendwelche Urinprobleme?	
Riecht er stark? Wie riecht er?	
Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach dem Wasserlassen?	
Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten mit der Entleerung?	
Fängt das Wasser an, langsam zu laufen, ist es unterbrochen, ist der Harnstrahl schwach oder tröpfelt er nur usw.	
Irgendwelches unwillkürliches Wasserlassen? Wann?	



Schweiß/Schwitzen - Fieber - Frost

Schweiß/Schwitzen - Fieber - Frost

Wie stark schwitzen Sie?

Wo und an welchen Teilen schwitzen Sie am meisten? Schwitzen Sie an den Händen oder Fußsohlen?

Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, schimmlig, fettig, macht er die Wäsche steif usw.?

Wie riecht er? Zum Beispiel faul, scharf, sauer, wie Urin?

Wie färbt er die Wäsche? Kann man diese Verfärbung leicht oder sehr schwer herauswaschen?

irgendwelche Symptome nach dem Schwitzen?

Wann bekommen Sie Fieber oder Frost? Was führt es herbei?

Haben Sie irgendwie das Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil des Körpers oder zu einer bestimmten Zeit?

Kommt es vor, dass irgendwann Ihre Handflächen oder die Fußsohlen heiß sind oder brennen?



Brust - Herz - Erkältungen - Husten

Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie? Beschreiben Sie die Symptome, die Art der Erkältung usw.,

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Brust oder Ihrem Herzen?

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Stimme oder Sprache? Gibt es irgendwelche Beschwerden bei der Atmung?

Haben Sie irgendeinen Husten?

Geschlechtssphäre (allgemein)

Haben Sie in der Gegenwart oder Vergangenheit irgendwelche Exzesse sexueller Art gefrönt? Und hatten diese irgendwelche Auswirkungen auf Ihre» Gesundheit?

Wie fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr?

Gibt es irgendwelche besondere Empfindungen oder Symptome, die vor, während, oder nach dem Geschlechtsverkehr auftraten?

Leiden Sie an irgendwelchen sexuellen Störungen?

Gab es irgendwelche Gewohnheiten, wie z.B. Masturbation usw. in der Vergangenheit und auch noch heute? Wie oft?

Haben Sie an irgendwelchen Geschlechtskrankheiten gelitten? Syphilis? Gonorrhöe?

Haben Sie ein verstärktes Verlangen oder geschwächtes Verlangen nach sexueller Betätigung?

Welche Methode benutzen Sie zur Familienplanung? (Schwangerschaftsverhütung, Pille, usw.).

Für Männer: irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion? Erektionsmangel? Unwillkürliche Erektion? Zu schwache Erektion? Ausbleibende Erektion? Bitte beschreiben Sie das.

irgendwelche weiteren Beschwerden in sexueller Hinsicht? Bitte beschreiben Sie die Einzelheiten.



Sonstige Beschwerden

Für Frauen:

Menses: Wie ist die Periode? Regelmäßig oder unregelmäßig?

in welchem Alter hat sie begonnen?

Gab es irgendwelche Beschwerden dabei?

Wie ist der Abstand zwischen zwei Perioden? Wie lange dauert die Periode?

Menstruationsblut: Gibt es irgendwelche Veränderungen?

in der Menge	in der Farbe	im Geruch	in der Konsistenz?	Lässt sich das Blut leicht auswaschen?
--------------	--------------	-----------	--------------------	--

Haben Sie beobachtet, ob es Veränderungen in der Qualität oder in der Menge während der Periode gibt? Wie und wann?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach der Periode? Wenn ja, so beschreiben Sie diese.

Welche Beschwerden hatten Sie in der Menopause (Wechseljahre)?

Haben Sie irgendwie das Gefühl, als ob bei Ihnen die Organe nach unten drücken?

Haben Sie irgendwelchen Ausfluss? Wenn ja, so beschreiben Sie

die Art	die Farbe	die Konsistenz	den Geruch
---------	-----------	----------------	------------

Wann und unter welchen Umständen hat dieser Ausfluss mehr oder weniger irgendeine Beziehung zur Menses?

Welchen Effekt hat dieser Ausfluss auf ihr allgemeines Gefühl? Oder auf eines Ihrer Symptome?

Haben Sie irgendein Jucken, ein Wundsein usw. in Folge des Ausflusses?

Kommt es, dass Ihnen Luft aus der Scheide abgeht?



Sonstige Beschwerden

Sonstige Beschwerden (gegebenenfalls einkringeln + ergänzen)		
Schwindel	Haben Sie gelegentlich Schwindelgefühle / Schwankungen?	
Bewusstlosigkeit	Waren Sie jemals bewusstlos?	
Kopf	Haben Sie irgendwelche Kopfschmerzen?	
Augen	Augen und Sehfähigkeit:	
Ohren	Ohren und Hörfähigkeit:	
Nase	Nase und Riechfähigkeit:	
Gesicht	Gesicht und Gesichtsausdruck:	
Mund	Mund und Geschmack:	
Lippen, Zunge	die Lippen, den Mund, die Zunge usw.:	
Zähne, Gaumen	Zähne, Gaumen, z.B. kariöse Zähne, Zahnfleischbluten, geschwollenes Zahnfleisch:	
Hals	irgendwelche Schwierigkeiten beim Schlucken? (inklusive Tonsillen)	
Rücken - Gliedmaßen - Gelenke	Beschwerden mit dem Rücken, den Gliedmaßen oder den Gelenken?	Bitte beschreiben Sie diese im Detail:
Schmerzen	Haben Sie irgendwelche Schmerzen und wechseln diese den Ort? in welche Richtung strahlen sie aus?	



Sonstige Beschwerden

Abnormitäten	Gibt es irgendwelche Abnormitäten. Schwellungen, Taubheit. Lähmungen an irgendeinem Teil des Körpers?					
Haut	Gibt es irgendwelche Beschwerden der Haut: z.B.					
Haut	Jucken	Ausschläge	Geschwüre	Warzen	Hühneraugen	Abschälen usw.
	Beschreiben Sie genau die Art:					
Farbe	Gibt es Irgendeine Veränderung der Hautfarbe oder Flecken an irgendeiner Körperstelle?					
Nägel	Gibt es irgendwelche Beschwerden oder Abnormitäten der Nägel oder der Haut um die Nagel"					
Haare	Gibt es irgendwelche Beschwerden mit den Haaren, z.B. Haarausfall, Grauwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, langsames, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum der Haare?					
Wunden	Heilen die Wunden langsam? Gibt es an Narben Wucherungen (Keloide)? Neigen die Wunden dazu zu eitern?					
Blutung	Haben Sie eine Neigung zu bluten?					
Seite	Sind die Beschwerden einseitig?					
	Auf welcher Seite?					
	Oder sind sie mehr auf der einen als auf der anderen Seite?					
	Oder beginnen sie auf der einen Seite und gehen dann auf die andere Seite?					
	Oder wechseln die Beschwerden die Stellen?					
Zittern	Zittern Sie irgendwo? Wo und wann?					
Schwäche	Gibt es ein Gefühl von Schwäche? Wo?					
	Wie und Wann fühlen Sie diese Schwäche mehr oder weniger?					
	Ist das irgendein Teil des Körpers?					



Teil 4 - Faktoren, die Wirkungen auf Sie haben

Es folgt jetzt eine Liste von Situationen, denen Sie ausgesetzt sind. **Jede** dieser Situationen kann auf irgendeine Weise eine Wirkung auf Sie haben. Bitte notieren Sie auf welche Weise diese Situationen auf Sie wirken. Fühlen Sie sich dadurch besser oder schlechter? in welcher Weise?

Zum Beispiel: Nehmen Sie den Faktor ‚Sonne‘: Angenommen, Sie gehen in der Sonne und bekommen Kopfschmerzen, so schreiben Sie „Kopfschmerzen“ neben "Sonne". Oder ein weiteres Beispiel: Wenn Sie sich bei heißem Wetter unwohl fühlen, so schreiben Sie bei ‚heißem Wetter‘ "unwohl" in die Zelle. Auf diese Weise beschreiben Sie die Wirkung jedes aufgeführten Faktors auf Sie.

Insbesondere beschreiben Sie die Wirkung eines jeden Faktors auf Ihre **hauptsächlichen Beschwerden**. Wenn zum Beispiel Ihre hauptsächliche Beschwerde ‚Asthma‘ ist, und dies sich verschlimmert, wenn Sie auf dem Rücken liegen, dann schreiben Sie unter der Rubrik 'auf dem Rücken liegen' "Asthma wird schlimmer".

Irgendein bestimmter Faktor macht Ihnen auf irgendeine Weise Beschwerden oder bessert sich auf irgendeiner Weise: Zum Beispiel ‚kalte Luft‘ macht Ihnen Kopfschmerzen, aber im Übrigen tut Sie Ihnen gut. Wenn das so ist, beschreiben Sie dies hier bitte ganz genau und klar.

Dieser Teil ist von großer Wichtigkeit. Gehen sie also hier auf keinen Fall flüchtig vor, denken Sie bei jedem einzelnen Faktor sorgfältig darüber nach, bevor Sie etwas hinschreiben.

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
heißes Wetter		Stehen	
kaltes Wetter		Sehen nach oben	
Regenwetter		Sehen nach unten	
Wolkenwetter		Herabsehen von hochgelegenen Plätzen	
Jahreszeitenwechsel			
Gewitter		auf sich bewegende Dinge sehen	
Bedeckung			
warmes Bad		Geräusch / Lärm	
Sonne		plötzliches Geräusch, Lärm	
kaltes Bad		Musik	
Gehen		Licht	
Rennen		starke Gerüche	
Treppaufgehen		wenn verstopft	
Treppabgehen		vor dem Urinieren	
Bus- / Autofahren		während des Urinierens	



Teil 4 - Faktoren, die Wirkungen auf Sie haben

Liegen		nach dem Urinieren	
Liegen: auf dem Rücken		vor der Menses	
Liegen: linke Seite		während der Menses	
Liegen: rechte Seite		nach der Menses	
Liegen: auf dem Bauch		nach dem Schwitzen	
liegen: Kopf niedrig		wenn hungrig	
Sitzen		nach dem Essen	
aufrecht Sitzen		Trinken	

nach Geschlechtsverkehr		abends	
Staub		nachts	
Rauch		Baden	
Berührung		Zugluft	
Druck		Beißen oder Kauen	
Massage		Nase schnäuzen	
enge Kleidung		beim Alleinsein	
vor dem Schlaf		in Gesellschaft	
während des Schlafs		körperliche Anstrengung	
nach dem Schlaf		Rülpsen	
nach dem Mittagsschlaf		Windabgang	
Schlafmangel		nach dem Haaraschneiden	
vor dem Stuhl		Haare kämmen	
während des Stuhls		Zähneputzen	
nach dem Stuhl		Mondlicht	
Husten		beim Öffnen des Mundes	
Niesen		Rauchen	
Lachen		Hängen lassen der Gliedmaßen	



Teil 4 - Faktoren, die Wirkungen auf Sie haben

Reden		Erheben der Arme	
Lesen		in der Nähe der See	
Schreiben		Rasieren	
Bücken		Strecken	
vor einem wichtigen Ereignis		Schlucken	
vor einem Examen		beim Zuhören, wenn andere sprechen	
wenn wütend		Erbrechen	
wenn bekümmert		Gähnen	
wenn traurig		bei Bewegung der Augen	
nach dem Weinen		beim Öffnen der Augen	
Trösten / Mitleid		beim Schließen der Augen	
in der Menge		nach nassen Füßen	
in geschlossenen Räumen		nach Überessen	
beim Denken an Krankheit		nach Arbeiten im Wasser	
Vollmond / Neumond		Zufächeln	
morgens		nachmittags	



Teil 5 - Geist und Gemüt

Sie werden sich wahrscheinlich bewusst sein, dass unser Geist und Gemüt einen enormen Einfluss auf unser körperliches und sonstiges Befinden hat. Entsprechend ist es für eine optimale Behandlung absolut notwendig Ihre gefühlsmäßige und Verstandesbeschaffenheit genau zu verstehen. Nur dann kann ich Sie ganzheitlich behandeln.

Um Sie besser zu verstehen, muss ich Ihnen noch weitere Fragen stellen. Beantworten Sie diese bitte ganz **frei**, aber **sorgfältig** und **vollständig**. Die daraus gewonnenen Informationen werden uns sehr viel weiterhelfen, um Ihnen das richtige Mittel zu geben. Ein so gefundenes Mittel wird auch dazu beitragen, Ihren Geistes- und Gemütszustand zu verbessern. Antworten Sie also bitte ganz spontan und unbefangen. Antworten Sie vollständig!

Sind Sie ängstlich? Was macht Ihnen Angst?

Haben Sie Furcht vor irgendetwas? Zum Beispiel vor:
Tieren, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Tod, Krankheit, Räubern, plötzlichen Geräuschen. Donner, vor der Zukunft, vor etwas Unbekanntem, vor hochgelegenen Orten usw.

Sind Sie voller Zweifel oder misstrauisch? Wobei?

Sind Sie wegen Irgendetwas eifersüchtig? Auf wen?

An welchen Symptomen leiden Sie, wenn Sie eifersüchtig sind?

Bei welchen Gelegenheiten sind sie ungeduldig? Wenn Sie in Eile sind?

Wie lange erinnern Sie sich an Beleidigungen, die Ihnen von anderen angetan würden? Haben Sie Rachegefühle?

Worüber sind Sie stolz? Wodurch wird Ihr Stolz leicht verletzt?

Sind Sie schwermütig? Grübeln Sie vor sich hin? usw.



Teil 5 - Geist und Gemüt

Haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt? Wann?
Wenn Sie so etwas haben, über welche Art des Selbstmordes denken Sie dann nach, um Ihr Leben zu beenden? Haben Sie trotz solcher Selbstmordgedanken Angst vor dem Tod?
Werden Sie zu irgendeiner Zeit von unerwünschten Gedanken heimgesucht? Von welchen?
Haben Sie viele sexuelle Gedanken?
Haben Sie irgendwelche eingebildeten Gefühle oder Ängste?
Hören Sie Stimmen, oder werden Sie gerufen, oder kommt Ihnen irgendetwas dieser Art in Ihren Sinn?
Wie ist Ihr Gedächtnis? Wofür haben Sie ein schlechtes Gedächtnis? Zum Beispiel für Namen, Gesichter oder was Sie gerade gelesen haben usw.
Weinen Sie leicht? Was bringt Sie zum Weinen?
Wie fühlen Sie sich nach dem Weinen?
Wie fühlen Sie sich, wenn Sie jemand bemitleidet oder tröstet?
Sind Sie leicht gereizt? Was macht Sie ärgerlich? Welche körperlichen Symptome entwickeln Sie, wenn Sie Zorn haben? Zum Beispiel Zittern, Schweiß usw.
Lieben Sie Gesellschaft? Oder bleiben Sie lieber alleine?
Wie schlimm werden Sie durch Unordnung oder Unsauberkeit in Ihrer Umgebung berührt?
Welches sind die größten Kümernisse, die sie in Ihrem Leben erlebt haben?
Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?



Teil 5 - Geist und Gemüt

Welche Beschäftigung haben Sie wirklich gerne? Welche Sachen mögen Sie überhaupt nicht?

Welche Ansichten und welche Launen passen nach Ihrer Ansicht eigentlich nicht zu Ihnen? Obwohl Sie es wissen und Sie eigentlich gereift sind, sind Sie trotzdem unfähig, **diese Meinungen** zu ändern?

Zeichnen Sie ein klar umrissenes Bild Ihrer Lebenssituation und Ihres Verhältnisses zu jedem Ihrer Familienmitglieder, Ihrer Freunde und Ihrer Arbeitskollegen.

Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen, sozialen oder irgendwelche anderen Verhältnisse? Wenn dem so ist, so beschreiben Sie dies bitte hier genau.



Teil 6 - Schlaf und Träume

Schlaf		
Beschreiben Sie Ihre Haltung im Schlaf. Schlafen Sie in einer ganz bestimmten Lage?		
auf dem Rücken	auf dem Bauch	
auf der Seite	wie sonst?	
in welcher Lage können Sie überhaupt nicht schlafen?		
Während des Schlafes: Kommt dann folgendes bei Ihnen vor?		
Schnarchen	Zähneknirschen	Speichelfluss
Schweiß	Augen und Mund geöffnet	Umhergehen
Sprechen	Stöhnen	Weinen
Ruhelosigkeit	Aufwachen mit Zusammenzucken	
Beschreiben Sie alles, das irgendwie ungewöhnlich in Bezug auf Ihren Schlaf ist:		
Schläfrigkeit	Schlaflosigkeit usw.,	und wenn, wann das so ist.
Wie stark decken Sie sich zu? Haben Sie irgendwelche Körperregionen, die nicht zugedeckt sind?		
Unterstreichen Sie die Art der Träume die bei Ihnen vorkommen.		
Träume		

Tiere	Räuber	Reisen	Häuser	vom Tod. Wessen?
Katzen / Hunde	Diebe	Reiten	Früchte	von toten Körpern
Pferde	Angstvolle	Fliegen	Baume	von toten Personen
Wilde Tiere	Furchtsame	Schwimmen	Wasser	Körperteilen
Schlangen	Geister	Ertrinken	Schnee	von Selbstmord
Hunger	Feuer	Unfälle	Reden	Geschäfte
Durst	Blitz	Fallen	Singen	Geld
Trinken	Sturm	Schießen	Tanzen	Tagesarbeit
Essen	Regen	Kriege	angenehme	vergessene Arbeit



Teil 6 - Schlaf und Träume

Erbrechen	Romantische	Schmerz	Beten	Versagen
Stuhlgang	sexuell angenehm	Krankheit	Religiösem	Ziel nicht erreichen
Urinieren	Vergewaltigung	Leiden	Tempel	Zug verpassen
Bluten	Nackthalt	Verstümmelun g	Kirche	Examen
Kummer	Polizei	Unglück	Gott	nicht vorbereitet
Weinen	Gefängnis	Unsicherheit		
Verdruss	Verbrechen	Gefahr	Wenn noch etwas spezielles geträumt wird, bitte hier eintragen:	
Streit	Mörder	verfolgt werden		
Eitersucht	Töten	Durch wen?		
Beleidigung	Vergiften	Weswegen?		
Leute	von Ereignissen	körperlichen Anstrengunge n		
Kinder	fremdartige	geistigen. Anstrengunge n		
Parties	kurz zurückliegende	Müdigkeit		
Feste	zukünftige	farbige		
Heirat	prophetische	vielfarbige (bunte)		

in der Homöopathie begründet sich die Verordnung auf den genauen Einzelheiten der verschiedensten Symptome, an denen Sie leiden. Einem homöopathischen Arzt zu erzählen, dass man Kopfschmerzen hat, oder einen Ausschlag oder einen Husten, ist nicht genug. Aber wenn Sie ihm beispielsweise sagen:

Ich habe Kopfschmerzen mit scharfstechenden, schießenden Schmerzen in der linken Seite des Kopfes und den Schläfen, und diese Schmerzen kommen immer dann, wenn auch nur ein bisschen kalte Luft an meinen Kopf kommt, und diese Schmerzen werden deutlich weniger, wenn ich mich hinlege und den Kopf warm einhülle und sind viel schlimmer, wenn ich aufstehe, umhergehe, oder wenn der Kopf kalt wird..

Nur dann haben Sie all die Informationen mitgeteilt, die eine gute, homöopathische Verordnung möglich machen. Der Erfolg einer Verordnung hängt also weitestgehend davon ab, wie genau die Beschreibung der Symptome gegeben wird.



Teil 7 - Anleitung zur Beschreibung Ihrer Beschwerden

Ich benötige folgende Einzelheiten von jedem Ihrer Symptome

Ort

Bitte geben Sie den genauen den **Ort der Empfindung, des Schmerzes** oder **des Ausschlages** an. Ebenso beschreiben Sie, **wohin** der Schmerz oder das Gefühl sich ausbreitet. Bitte benutzen Sie die Abbildungen auf den letzten drei Seiten, um die genaue Örtlichkeit zu bestimmen.

Empfindung

Drücken Sie die **Art der Empfindung** oder **des Schmerzes** in Ihren eigenen Worten aus, so einfach oder so komisch es auch klingen mag. Sie haben zum Beispiel das Gefühl, als ob eine Maus auf Ihnen krabbelt, oder als ob das Herz durch eine eiserne Hand gepackt wäre, oder Sie haben vielleicht einen Schmerz, der **schneidend, brennend, springend** oder **drückend** ist. Drücken Sie also das Gefühl so aus, wie Sie es selbst empfinden.

Wann ist etwas besser oder schlimmer bei Ihren Beschwerden?

Viele Faktoren mögen einen Einfluss auf Ihre Beschwerden haben. Manche **Faktoren verschlimmern** Ihre Beschwerden und manche **bessern** Ihre Beschwerden.

Eine detaillierte Liste dieser Faktoren ist auf den **Seiten 16 ff** aufgeführt.

Bitte schlagen Sie diese auf, wenn Sie Ihre Beschwerden im Einzelnen beschreiben und unterstreichen Sie die Faktoren, die Ihre Beschwerden bessern oder verstärken.

Absonderungen

Sie haben möglicherweise Absonderungen aus **Geschwüren, Fisteln, Ausschlägen**, auf der Haut, aus den Lungen, Augen, Nase, Ohren, Mund, intimen Bereichen usw. Bitte **beschreiben Sie diese Absonderungen** unter den folgenden Gesichtspunkten:

Die **Menge und die Zeit** oder die **Bedingungen**, unter denen die Menge sich verändert, dass heißt, wann sind sie besser und wann sind sie schlimmer, oder **wann nehmen sie zu** und **wann nehmen sie ab**.

Die **Beschaffenheit oder Konsistenz**: Ist es **dünn** oder **dick**. **Zieht es Fäden** oder ist es **klumpig**? **Wie ist der Geruch** oder **woran erinnert Sie die Beschaffenheit** noch?

Ist es **wie Gelee, wie Eiweiß, wie Wasser, klebrig, bildet es Schuppen**?
Verursacht es **Wundsein** der betroffenen Region?



Beschreibung Ihrer Beschwerden

Nr.	Wo ist diese Beschwerde?	Was genau fühlen Sie oder haben Sie da?	Welches sind die Faktoren, die die Beschwerden bessern oder verschlechtern?

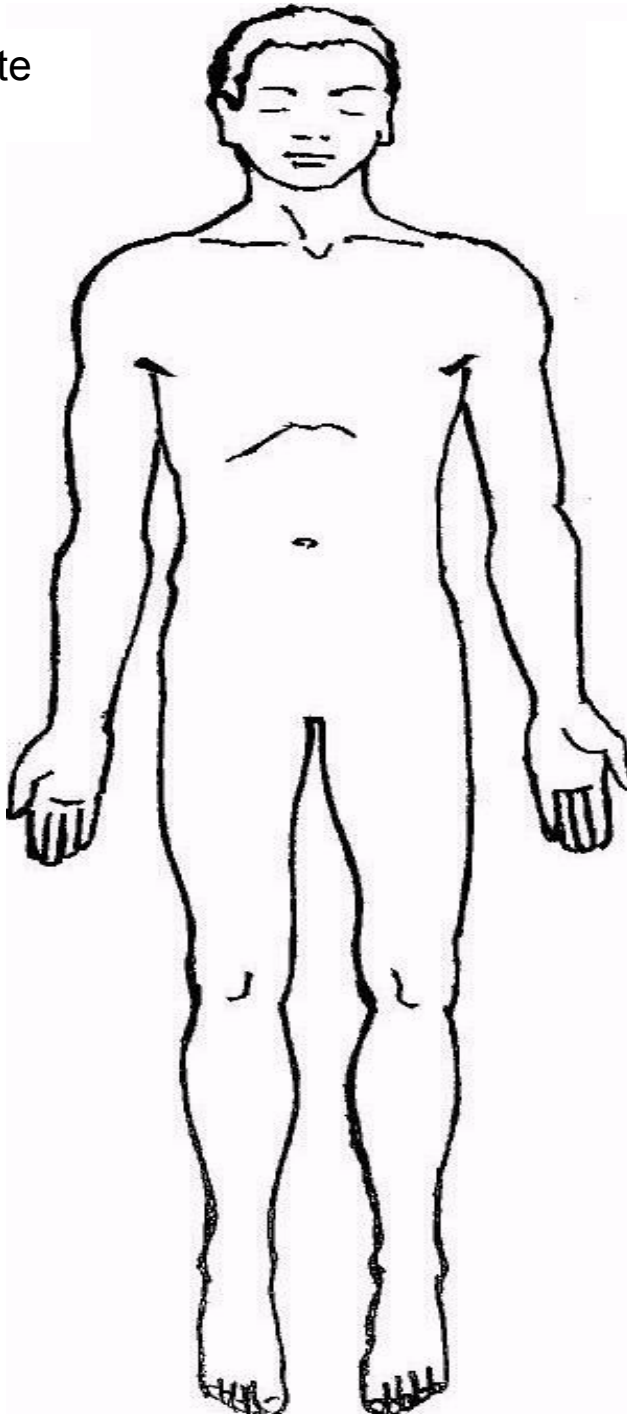


Bezeichnung Ihrer Beschwerden

Bitte bezeichnen Sie auf der Zeichnung die Stellen Ihrer Beschwerden und beschreiben Sie die genaue Empfindung und die Art des Schmerzes, den Sie an diesen Stellen empfinden.

Zum Beispiel, wenn Sie klopfende Kopfschmerzen auf der rechten Seite des Kopfes haben, so beschreiben Sie dies, wie es im Beispiel steht.

rechte Seite

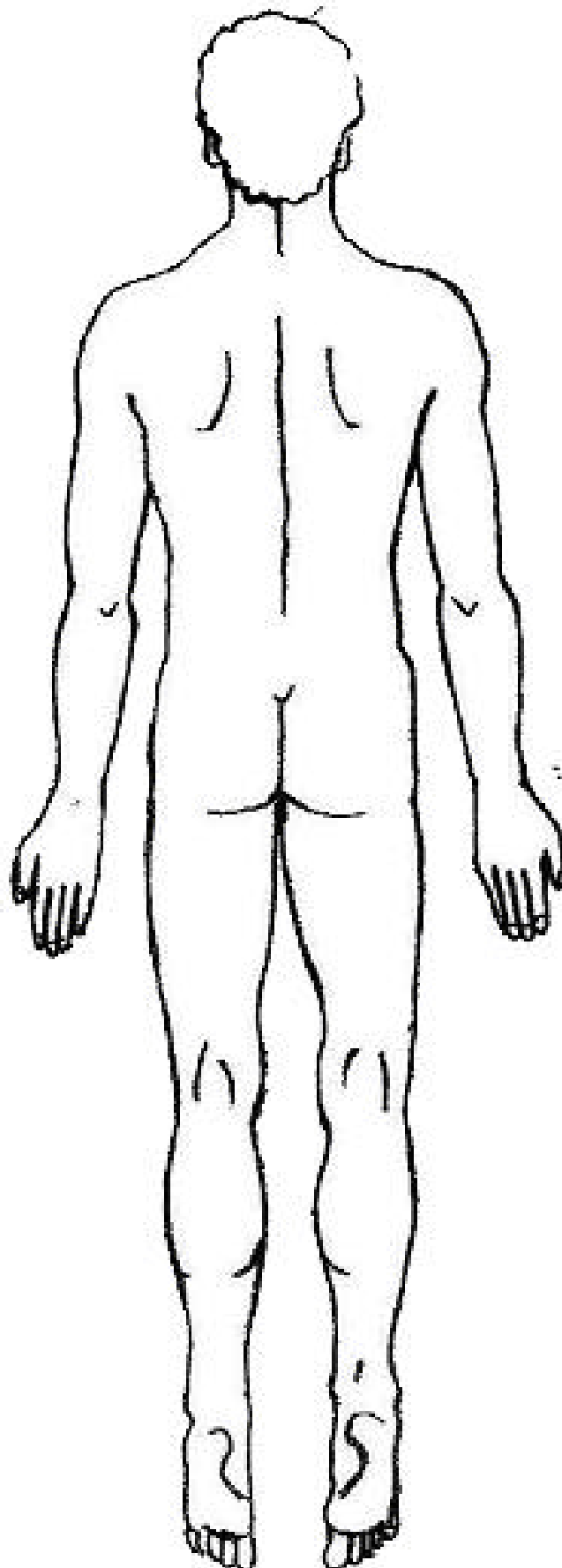


linke Seite



Bezeichnung Ihrer Beschwerden

linke Seite



rechte Seite



Bezeichnung Ihrer Beschwerden

