

## *Homöopathischer Fragebogen zu Körpersymptomen*

1. Gibt es generell auffällige Mißempfindungen (Ameisenlaufen, Kribbeln, Jucken, Klopfen, Pulsieren, Taubheitsgefühle) ?

2. Gibt es regelmäßige Schmerzempfindungen ? Wo sind Sie lokalisiert und wie würden Sie die Schmerzen beschreiben. (brennend, drückend, stechend, ziehend, bohrend ...)

3. Gibt es Dinge auf die Sie besonders empfindsam reagieren (Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden ...) ?

4. Kennen Sie anfallsartige Zustandsveränderungen ? (Hitzewallungen, Schwindel, Ohnmacht, Blutdruckveränderungen, Zittern, Muskelkrämpfe, Lähmungen ...) ?

5. Gibt es Stellen an Ihrem Körper an denen Sie besonders empfindsam sind ?

6. Gibt es Stellen wo Ihnen enge Kleidungsstücke besonders unangenehm sind (Hals, Brust ...)?

7. Zeigt sich eine Körperseite bei Ihren Krankheitserscheinungen bevorzugt ?

8. Wie oft müssen Sie am Tage (auch Nacht) Wasser lassen und gibt es Probleme damit ?

9. Wie oft und wann haben Sie üblicherweise Stuhlgang ? Gibt es Auffälligkeiten in Beschaffenheit, Farbe und Geruch des Stuhls ?

10. Entwickeln Sie Fieber ? Wann ? Wie oft ?

11. Schwitzen Sie schnell ?

12. Besteht eine verstärkte Schweißbildung – wenn ja wo (Kopf, Hinterkopf, Stirn, Gesicht, Nacken ...) ?

13. Frieren Sie schnell und oft ?

14. Haben Sie Allergien (wenn ja – worauf reagieren sie allergisch) ?

15. Gab es schwere Operationen, Verletzungen, Unfälle ?

16. Welche Impfungen haben Sie bekommen ? Gab es Unverträglichkeiten ?

Sonstiges:

## Von Kopf bis Fuß

Bitte achten Sie generell auf folgende Punkte:

**Wo** genau tritt die Beschwerde auf ?

**Wie** äußert sich die Beschwerde ?

**Wann und unter welchen Umständen** tritt die Beschwerde auf ?

Gibt es Umstände, die die **Beschwerde lindern oder verstärken** ?

Gibt es **Begleitsymptome** zur Hauptbeschwerde ?

**Seit wann** haben Sie diese Beschwerde?

Kopfbereich (Schädel, Stirn, Gesicht, Hinterkopf):

Augen (Sehstörungen, Gerstenkörner, gehäufter Lidschlag, Verkrustungen ...):

Ohr (Hörstörungen, Geräusche, Absonderungen ...):

Nase (Geruchsstörungen, Schnarchen, Polypen, Wundheit, Krustenbildung ...):

Zunge (Speichelfluß, Risse, Bläschen ....):

Mund (Aphthen ...):

Zähne/Zahnfleisch (Zahnverfall, Lockerungsgefühl, Empfindsamkeit ....):

Hals (innen und außen - Heiserkeit, Räuspern, Kitzelgefühl...):

Schilddrüse:

Schulter/Nackenbereich:

Arme/Gelenke:

Hände/Gelenke:

Bronchien/Lunge/Rauchverhalten: (Husten, Auswurf, Atemnot ...):

Herz (Herzklopfen, Rhythmusstörungen, Angina pectoris, Infarkt...):

Speiseröhre (Sodbrennen ...):

Magen (Völlegefühl, Übelkeit ...):

Darm (Blähungen, Durchfall/Verstopfung, Hämorrhoiden, Fisteln ...):

Leber (Gallensteine, Koliken ...):

Bauchspeicheldrüse :

Niere/Blase (Nierensteine, Koliken...) :

Geschlechtsorgane:

Für Frauen:

Nehmen Sie die Pille ?

Periode - wenn ja: Abstand - Dauer:

Ist Ihre Blutung eher stark oder schwach ?

Wie fühlen Sie sich stimmungsmäßig vor/während/nach der Periode ?

Gab oder gibt es Beschwerden der Brüste ?

Für Männer:

Gibt es Beschwerden im Bereich Ihrer Genitalorgane ?

Gab es Entzündungen (auch als Kind) ?

Beine/Füße/Gelenke: ( Krampfadern, Gelenkschwäche, schnelles Umknicken ...):

Rücken (Bandscheibenvorfall ...):

Haut (Trockenheit, Schuppen, Eiterungen, Warzen, Ausschläge, Ekzeme ...):

Haare/Nägel (Ausfall, Risse in den Nägeln ...):

Lymphknoten (häufig geschwollen):

Blut/Kreislauf (Blutdruck):

Bekommen Sie leicht blaue Flecke ?

Nerven (Schlaganfall, Motorik, Sensorik ...):

Sonstiges: