

Datum:

### **Homöopathischer Erstanamnesebogen**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Wohnung: ..... Tel.: .....

#### Hinweise zur homöopathischen Anamnese und Behandlung:

Für eine homöopathische Behandlung genügt es nicht, den Namen der Krankheit bzw. die Diagnose zu kennen. Es geht in der Homöopathie darum, typische, unverwechselbare, individuelle Eigenheiten und Besonderheiten des Patienten herauszufinden, denn diese führen zum individuellen homöopathischen Arzneimittel. 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.

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre Beobachtungen anzuregen und Sie als Patient besser kennen zu lernen, um das für Sie geeignetste homöopathische Arzneimittel zu finden.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, da jede Einzelheit für die Arzneimittelfindung von Bedeutung sein kann. 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.

#### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Beschreibung der Beschwerden:

Es genügt nicht, „Kopfschmerzen, Husten, Schwäche“ anzugeben, sondern die möglichst genaue Symptomatik einschließlich der begleitenden Beschwerden ist wichtig: z.B. „bellender Husten, vorwiegend zwischen 2 und 4 Uhr auftretender Husten mit Heiserkeit und klarem Nasensekret, der plötzlich ohne Vorzeichen auftritt“ oder „stechender Kopfschmerz im Stirnbereich, mit Ausbreitung zu den Schläfen, nach Aufregung, Besserung durch Hinlegen und durch Wärme, Verschlechterung durch Sprechen.....“ oder: „Schwäche bei geringster geistiger Anstrengung, morgens, nach dem Essen, durch Hunger, während der Periode, Besserung an der frischen Luft ....“

**Für eine genauere Beschreibung der Beschwerden kann Ihnen die „wo – wie – wann – was – wonach“ Regel helfen:**

**Wo treten die Beschwerden auf?**

Ort? Ausstrahlung?

**Wie werden die Beschwerden empfunden?**

z.B. Schmerzen sind brennend, stechend, bohrend, dumpf, drückend, reißend, pulsierend, ziehend etc.

**Wann treten die Beschwerden auf?**

z.B. im Liegen, nach dem Schlaf, morgens, abends, Uhrzeit?, nach Ärger etc.

**Was bessert oder verschlechtert die Beschwerden?** z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Tag, Nacht, Essen, Trinken etc.

**Wonach haben die Beschwerden begonnen?**

Gibt es einen deutlichen Zusammenhang mit Lebensereignissen?

SELBSTVERSTÄNDLICH FÄLLT IHRE SCHILDERUNG UNTER DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGPFLICHT!

**1. Hauptbeschwerden:**

(Momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, Behandlungen, Medikamente)

Hat diese Krankheit einen Zusammenhang mit speziellen Umständen, einem Unfall, psychischen Belastungen (z.B. Schock, Kummer, Sorgen, Verlust)? Haben Ernährung, Überarbeitung, Kälte, Hitze, Tageszeit, Jahreszeit, Ruhe, Bewegung, Belastung usw. einen Einfluss auf die Krankheitsbeschwerden? Wenn Ihnen der Platz nicht reicht, schreiben Sie bitte auf der letzten Seite weiter.

**Was erwarten Sie von der homöopathischen Behandlung? Was ist zurzeit das Schlimmste?  
„Was ist das zu Heilende?“**

**2. Frühere Erkrankungen und Behandlungen:**

Notieren Sie bitte alle Erkrankungen, Operationen, Unfälle usw. mit dem möglichst genauen Datum des Auftretens. Soweit Sie es wissen, sind auch die Dauer der Erkrankung, sowie die Behandlung wichtig.



### 3. Persönliche Vorgeschichte:

Besonderheiten bei Ihrer Geburt? Zangengeburt, Saugglockengeburt, Sauerstoffmangel?

Besonderheiten im Säuglingsalter oder Kleinkindesalter? Hautausschläge, Unverträglichkeiten?  
Bettnässen?

**Entwicklung:** Auffälligkeiten oder Verzögerungen in der bisherigen körperlichen, seelischen oder geistigen Entwicklung?

Erste Zahnung? ..... Zeitpunkt des Gehenlernens?..... Zeitpunkt des Sprechenlernens?.....

#### Welche Impfungen wurden durchgeführt?

BCG.....Polio.....Diphtherie.....Tetanus..... Keuchhusten.....  
Masern.....Mumps.....Röteln.....Hepatitis B.....Sonstige.....

Gab es Komplikationen (Fieber, epileptischer Anfall etc.) nach einer Impfung?

Wie haben Sie die Impfungen vertragen?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den Impfungen?

**Allergien:** Sind allergische Erkrankungen bzw. Reaktionen bekannt: (Heuschnupfen, Asthma, Reaktionen auf Medikamente oder Nahrungsmittel usw.)

**Medikamente:** Welche Medikamente werden zurzeit eingenommen?  
(auch pflanzliche oder homöopathische Mittel oder die « Pille ».)

### 4. Familiäre Erkrankungen:

Wichtig sind Tuberkulose, Krebs, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Nierenerkrankungen, Rheuma, Bluterkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Erbkrankheiten, Epilepsie, seelische Erkrankungen und Depressionen.

#### Erkrankungen des Vaters:

Erkrankungen der Eltern des Vaters: Großvater:

Großmutter:

Erkrankungen der Großeltern des Vaters:

#### Erkrankungen der Mutter:

Erkrankungen der Eltern der Mutter: Großvater:

Großmutter:

Erkrankungen der Großeltern der Mutter:

#### Erkrankungen von Tante /Onkel:

#### Erkrankungen der Geschwister:

Anzahl der Geschwister und deren Alter?

Anzahl der Kinder und deren Alter?

## 5. Jetzige Gewohnheiten?

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? Wo am stärksten? (Kopf, Nacken, Rücken, Brust, Achseln, Hände, Füße etc.)

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? (Werden bestimmte Beschwerden durch Schwitzen gebessert oder verschlechtert?)

Wie oft bekommen Sie Fieber oder Schüttelfrost? (pro Jahr)

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

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

## 7. Essen und Trinken

Bei dieser Frage sind besonders die folgenden Speisen, Getränke und Geschmacksrichtungen von Bedeutung:

Süß, salzig, sauer, scharf

Milch, Eier, Brot, Butter, Fett, fettes Fleisch, Geräuchertes, Fleisch allgemein, Fisch, Früchte, Zwiebeln, Knoblauch, Gemüse, Sauerkraut, Kohl. Kaffee, Tee.

Warme oder kalte Getränke und warmes oder kaltes Essen.

Was mögen Sie am liebsten Essen oder Trinken?

Haben Sie nach bestimmten Speisen oder Getränken ein Verlangen?

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?

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

Kommt manchmal unwillkürliches Wasserlassen vor? Wann? (Niesen, Hüpfen, Rennen, Lachen)

Besteht eine Inkontinenz?

## 10. Sonstige Beschwerden:

Haben Sie Beschwerden in folgenden Bereichen:

Kopf: (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht)

Gesicht: (Hautausschläge, Farbveränderungen)

Augen: (Sehvermögen, Schielen, Absonderungen, Tränenfluss, Rötung, Jucken)

Ohren: (Entzündungen, Ausfluss, Hörvermögen)

Nase: (Nasenaumung behindert, Absonderung, Schnarchen, nächtliche Mundatmung, Polypen, Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten, Nasenbohren, Heuschnupfen)

Mund: (Geschmackssinn, Speichelfluss, Mundgeruch, Nägelkauen, Daumenlutschen)

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

Sprache: (Stottern, hastig, verwaschen etc.)

Zähne: (Karies, Farbe)

Zahnfleisch: (geschwollen, blutend, Aphten)

Zunge: (Beläge, Eindellungen, Farbveränderungen, fleckig)

Hals: (Schilddrüse, Lymphknotenvergrößerungen, Mandelvergrößerungen, gehäufte Entzündungen, Schluckbeschwerden, Stimme)

Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie?

Lunge, Bronchien: (Atemnot, Husten, Atemwegsinfektionen)

Herz:

Rücken, Gelenke, Arme, Beine:

Bauch (Schmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen):

Haut: (Hautausschläge: trocken, jucken, nassen, Nesselausschlag, Rissbildung, Ekzeme, Warzen, Sommersprossen, Muttermale, Pigmentierungen)

Eitern und Heilen von Wunden:

Haare: dünn, dick, fettig, zerzaust, Reaktionen auf Kämmen und Waschen usw.

Nägel: abblättern, spröde, weiße Tüpfelung, eingewachsen, Entzündungen etc.

Weibliche Genitale: Vagina (Wundsein, Rötung, Ausfluss)

Männliche Genitale: Penis/ Hoden (Phimose, Hautausschläge, Leistenbrüche, Hodenhochstand)

Sexualität: (gesteigert, vermindert)

Masturbation:

Skelettsystem: Fehlbildungen (Skoliose, Hüftdysplasie), (gehäufte Brüche), Stellungsanomalien usw.

Nervensystem: Krämpfe, (Fieberkrämpfe, Krampfleiden)

## 11. Für Frauen:

In welchem Alter hatten Sie die 1. Periode?

Hatten Sie damals Schwierigkeiten?

Sind die Perioden regelmäßig oder unregelmäßig? In welchen Abständen kommt die Blutung?

Wie viele Tage 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?

Welche Maßnahmen ergreifen Sie zur Schwangerschaftsverhütung?

Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren?

Fehlgeburt, Ausschabung, Schwangerschaftsbeschwerden, Gebärmuttersenkung, usw.

## 12. Schlaf:

Bitte beschreiben Sie Ihre Schlafstellung (Rücken-, Seiten- oder Bauchlage, Haltung der Hände, Füße unter der Decke herausgestreckt?)

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 nach dem Schlaf erfrischt? Sind Sie nach einem Mittagsschlaf erfrischt?

Träumen Sie viel oder wenig? Haben Sie einen Traum, der wiederholt auftritt? (mit welchem Trauminhalt?)



#### **14. Geistes- und Gemütssymptome:**

Hat es in letzter Zeit eine Änderung Ihres Gemütszustandes oder in Ihrem Umfeld gegeben?

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

Wie können Sie sich an Namen, Gesichter, Plätze, an das, was Sie gelesen haben, erinnern?

Haben Sie Ängste? Bei welchen Gelegenheiten?

Wie ist es bei Ihnen mit Angst vor Fremden, dem Alleinsein, vor Dunkelheit, vor Geräuschen, vor oder bei Gewitter, vor Einbrechern, vor Tieren, vor Krankheiten, vor eingebildeten Dingen, in einer Menschenmenge, vor der Höhe, vorm Fliegen, im Tunnel?

Wie ist Ihre Willenskraft, Ihr Selbstvertrauen?

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

Hängen Sie Dingen lange nach? (Sind sie nachtragend?)

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?

Haben Sie Heimweh?

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung, Unordnung?

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

Was waren die größten Freuden?

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders?

Gibt es Beschäftigungen, denen Sie gar nicht gerne nachgehen?

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?)

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