

Homöopathischer Fragebogen

Die Homöopathie behandelt nicht nur Krankheitssymptome, sondern beeinflusst im Idealfalle die krankhafte Veranlagung eines Menschen, unser „Steuerzentrum“, positiv. Eine erfolgreiche homöopathische Behandlung verbessert die Krankheitssymptome, das Wohlbefinden wird gesteigert, es kommt zu einer Verbesserung des gesamten Gesundheitsniveaus.

Für die ganzheitliche homöopathische Behandlung ist das Erfassen des erkrankten Menschen mit all seinen persönlichen Eigenarten, Vorlieben und Abneigungen von entscheidender Bedeutung. Das genaue und *leserliche* Ausfüllen des Fragebogens dient der Vorbereitung der homöopathischen Behandlung:

Name:

Datum:

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 - Geruch - Form - 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 innerlich ?

14. Nennen 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 zu tun haben!

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

Datum	Lebensereignis	Krankheit	Therapie