

## **Beschreibung der Beschwerden**

Ob man in der Homöopathie das für Sie hilfreiche Medikament findet, hängt auch davon ab, wie Sie Ihr Empfinden und die Einzelheiten beschreiben können.

Wenn Sie zum Beispiel berichten, dass Sie unter Kopfschmerzen und Husten leiden, genügt diese Information nicht, um ein homöopathisches Medikament verschreiben zu können.

Eine genaue Beschreibung könnte zum Beispiel folgendermaßen lauten: Ich habe Kopfweh mit scharf stechenden Schmerzen auf der linken Seite des Kopfes. Diese Schmerzen entstehen jedes Mal bei kaltem Luftzug. Sie nehmen ab, wenn ich mich hinlege und den Kopf warm halte und sie verstärken sich, wenn ich in kalter Luft umhergehe.

Oder ein anderes Beispiel: Ich kann abends nicht einschlafen, erwache dann um 3:00 Uhr und liege wach bis 5:00 Uhr. Am Morgen bin ich unausgeruhter als abends.

## **Hauptbeschwerden**

Momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, Medikamente

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

## **Familiäre Erkrankungen**

(Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister)

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

Anzahl der Geschwister, deren Alter und Erkrankungen?

Anzahl der Kinder und deren Alter?

## **Persönliche Vorgeschichte**

Besonderheiten bei Ihrer Geburt oder im Säuglingsalter? Ausschläge, Unverträglichkeiten? Kleinkindesalter? Kinderkrankheiten zur rechten Zeit?

Bettnässen? Entwicklungsprobleme?

Frühere Erkrankungen und Behandlungen?

## **Alle Impfungen (bitte Impfausweis mitbringen)**

## **Jetzige Gewohnheiten?**

Rauchen?

Alkohol?

Kaffee?

Schlaftabletten?

Abführtabletten?

Andere Medikamente?

Wie ist der Appetit?  
Wie schnell essen Sie?  
Wie ist der Durst?  
Haben Sie Geschmacksstörungen?

### **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? Zum Beispiel 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?

### **Essen und Trinken**

Was mögen Sie am liebsten, wogegen haben Sie eine Abneigung, was vertragen Sie nicht?

Bitter, salzig, sauer, stark gewürzt, Fisch, Gemüse, Süßes, Bohnen, Sauerkraut, Kohl, warmes Essen, Zwiebel, warmes Trinken, Knoblauch, kaltes Essen, Früchte, kaltes Trinken, Erdbeeren, Brot, Kaffee, Butter, Tee, Milch, Fett, Eier, Fleisch, sonstiges.

### **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?  
Wie ist es mit Blähungen, auffälligem Geruch, Bauchschmerzen, Erbrechen?

### **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?

## **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:

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

## **Sexualität**

Für Frauen:

In welchem Alter hatten Sie die erste Periode?

Hatten Sie damals Schwierigkeiten?

Sind die Perioden regelmäßig oder unregelmäßig?

Wie lange 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, Gebärmutterensenkung usw.?

## **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 Mittagsschlaf erfrischt?

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

## **Faktoren, die das Befinden beeinflussen können**

Bitte beschreiben Sie in der unten stehenden Liste, welche Auswirkungen die verschiedenen Faktoren auf Sie haben, z. B. heißes Wetter: Fühlen Sie sich dabei wohl oder nicht, in welcher Weise ändert sich Ihr Befinden? Oder ein anderes Beispiel: Sonne: Falls Sie in der Sonne beispielsweise schnell Kopfschmerzen bekommen, so schreiben Sie bitte: Kopfschmerz.

Bitte beschreiben Sie vor allem die Wirkung dieser aufgezählten Faktoren auf Ihre Hauptbeschwerde.

heißes Wetter, kaltes Wetter:

regnerisch, bewölkt:

Frühling, Sommer:

Herbst, Winter:

Sturm, Gewitter:

warmes Bad, kaltes Bad:

Sonne, Mond:

sitzen, aufrecht sitzen, stehen:

aufwärts schauen, hinabschauen:

hinabschauen von einem hohen Punkt (z. B. Kirchturm):

schauen auf sich bewegende Gegenstände:

Geräusche, plötzliche Geräusche:

Musik, Licht:

starker Geruch:

vor der Periode:

nach der Periode:

nach Schwitzen, vor, während:

beim Fasten, nach dem Essen:

trinken:

Ärger:

vor wichtigen Verabredungen, vor Prüfungen:

Sorgen, Traurigkeit:

nach Weinen (erleichtert oder nicht):

Trost, Mitgefühl:

in einer Menschenmenge:

in einem geschlossenen Raum:

beim Denken an eine Krankheit:

morgens:

nachmittags:

## **Geistes- und Gemütssymptome**

Da seelisches Befinden in einem engen Zusammenhang mit körperlichem Befinden steht, ist es für eine gute homöopathische Behandlung unerlässlich, die gefühlsmäßige und intellektuelle Persönlichkeit kennen zu lernen. Bei der homöopathischen Behandlung wird der ganze Mensch behandelt, nicht nur ein isoliertes Organsystem. Diese Information erleichtert die Auswahl des richtigen Mittels und kann dann auch Ihr Allgemeinbefinden bessern.

Haben Sie Schwierigkeiten in Bezug auf Ihre geistigen Fähigkeiten oder Ihr Gedächtnis?  
Hat es in letzter Zeit eine Änderung gegeben?  
Wie können Sie sich an Namen, Gesichter, Plätze, an das, was Sie gelesen haben, erinnern?  
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 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)