

Praxis für Klassische Homöopathie * Naturheilverfahren * Tomatis-Therapie

Akademische Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Universität zu Köln

Bruno von Bornhaupt

Facharzt für Allgemeinmedizin

Theresienstraße 29, D – 50931 Köln – Lindenthal, Telefon 02 21 / 940 49 60

FRAGEBOGEN ZUR HOMÖOPATHISCHEN ERSTANAMNESE

Name: _____ Vorname _____

Straße, Haus-Nr.:... _____

Postleitzahl, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ / _____ mobil: _____ / _____

Telefon (privat/ berufl.): _____ / _____ E-Mail: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____ Anzahl der Schwangerschaften: _____

Beruf : _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ natürliche Haarfarbe: _____

Der Fragebogen dient der strukturierten Erforschung Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und gründlich aus! Flüchtig ausgefüllte Fragebögen sind nicht hilfreich und machen eine homöopathische Behandlung nahezu unmöglich! Lesen Sie jeden Satz einzeln durch und fragen Sie sich, ob dieses Thema jemals sie betroffen hat. Auch frühere Beschwerden und Symptome sind wichtig, alle Fragen beziehen sich auf das ganze Leben! Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen auch an die „W“-Fragen: Was, wie, wo, wohin, wann, seit wann, wie lange, wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst? Wenn ein angeführtes Beispiel für Sie in Frage kommt, unterstreichen Sie es und erläutern es bitte am Rand in bezug auf die „W's“; die Beispiele sollen nur Anregungen für Sie sein; sonst schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten. – Ihre Angaben in dem ausgefüllten Fragebogen unterliegen in unserer Praxis der ärztlichen Schweigepflicht!

1. Welche Beschwerden führen sie in unsere Behandlung?

z. B. was

wo treten die Beschwerden auf, wohin erstrecken sie sich?

wann (Uhrzeit Tag), seit wann (Beginn), wie lange (Dauer)?

wie (Art der Schmerzen, Aussehen)?

zu welcher Zeit (periodisch, Monat, Jahreszeit)?

wodurch besser oder schlechter?

wodurch ausgelöst (Ursache, Auslöser)?



2. Familienvorgeschichte

Welche Krankheiten gab es bei Ihrer Vorfahren (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Großonkel, Großtanten, Geschwister)? z.B. Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Gürtelrose, Neurodermitis, Warzen, seelische oder Gemütskrankheiten, Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, Drogen, Suizid, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheiten, Rheumatismus, Gicht, (Gallen- oder Nierensteine), Leber-, Galle-, Nierenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Magengeschwür, Krebs, Tuberkulose, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria, Kinderlähmung, Hirnhautentzündung oder anderes?

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern?

Welche Krankheiten sind von Ihrem Vater bekannt?

Welche Krankheiten sind von Ihrer Mutter bekannt?

Welche Krankheiten sind von Ihren Großeltern (väterl./mütterl.) bekannt?

3. Eigene Vorgeschichte:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Pocken, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Paratyphus, Malaria, Tropenkrankheiten, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Hepatitis, Tuberkulose, Angina, Bronchitis, Grippe, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Chlamydien, Pilze, HIV), Harnblasen-, Harnröhren-, Nierenentzündung usw.?

Welche anderen Erkrankungen hatten Sie? z.B. Lymphdrüsenanschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit, Krebs oder anderes?

Mit welchen Hauterkrankungen hatten Sie zu tun? z.B. Akne, Ekzeme, Flechten, Furunkel, Herpes, Krätze, Pickel, Pusteln, Rundflechte, Warzen oder anderes?

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wie sind diese vertragen worden, nicht angegangen? z.B. Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung, Tuberkulose, Typhus, Serum oder andere?

Hatten Sie in den folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Auffälligkeiten oder gibt es sie noch? Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht, Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Harnröhre, Eierstock, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Haare, Nägel, Muskeln, Gefäße, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut (z.B. Anämie, Blutwerte), Drüsen, Rheuma, Gicht, Nerven, Gemüt.

Welche Operationen wurden an Ihnen vorgenommen?
(Bitte mit Zeitangebe)

Welche Verletzungen hatten Sie? z.B. Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Kriegsverletzungen, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.?

Gab es in Ihrer Kindheit etwas Besonderes? z.B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsschwierigkeiten, Rachitis, spätes Laufen- oder Sprechen lernen, Durchfälle, Verstopfungen, Würmer, auffällige Verhaltensweisen, Ängste usw.?

4. Allgemeine Symptomatik:

Gibt es Tages- oder Nachtzeiten oder sogar feste Tages- oder Nachtzeiten, in denen Sie sich schlechter fühlen?

In welcher Jahreszeit geht es Ihnen schlechter?

Wie werden Sie vom Stand der Sonne oder des Mondes, von Licht oder Dunkelheit beeinflusst?

Sind Sie wetterempfindlich, z.B. Wetterwechsel, Regen, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, feuchtwarmes Wetter, nasskaltes Wetter, trockenes Wetter, Zugluft usw.? Wo, wie und was werden dadurch gestört?

Sind Sie klimaempfindlich? z.B. Nordsee, Sumpfgegend, Hochgebirge, Wüstenklima?

Wie vertragen Sie Wärme? z.B. Sonne, Hitze, Ofen, Bäder, Zimmer, Kleider, warme Umschläge usw.?

Wie vertragen Sie Kälte? z.B. trockene, feuchte, eisige, kalte Umschläge usw.?

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer warm? z.B. können Sie ein warmes Zimmer vertragen oder öffnen Sie lieber das Fenster, lieber einen Pullover zu viel oder keinen?

Wie ist Ihre Wärmeregulation? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt, der andere warm, hitzig, Hitzewallungen, Frösteln, Schüttelfrost, Fieberneigung, nie Fieber, hohes Fieber usw.?
Machen Sie nähere Angaben!

Schwitzen Sie? z.B. leicht, gar nicht, total, teilweise, bei Anstrengung, Aufregung, warm, kalt, klebrig, übel riechend, die Wäsche färbend, erleichternd, erschöpfend, unangenehm, morgens, tagsüber, abends, nachts, Kopf, Hinterkopf, Nacken, Stirn, Gesicht, Brust, Achseln, Rücken, Oberkörper, Unterkörper, einseitig, Hände, Beine, Füße, im Schritt usw.?

Wie schlafen Sie? z.B. gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlafwandeln, ruhig, unruhig, aufschreien, reden, hochliegend, flach, Rücken, Bauch links, rechts, sitzend, kniend, Knie-Ellenbogen-Lage, ausgestreckt, zusammengerollt, zugedeckt, abgedeckt, Füße zu warm, Füße herausgestreckt, kalte Füße, frieren im Schlaf, schwitzen im Schlaf, Zähneknirschen usw.?

Wird der Schlaf oft durch bestimmte Empfindungen gestört? z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume usw.?

Gibt es einen bestimmten Traum, der in der Vergangenheit immer wiederkehrte, hellseherische Träume?

Werden Sie leicht schwindelig, wann? z.B. in der Höhe, beim Aufstehen, Liegen, Gehen, Stehen, morgens, nach dem Essen usw.?

Wie vertragen Sie Auto-, Bahn-, Flug-, Schiffsreisen?

Bei welchen Gelegenheiten sind Sie schwindelig oder ohnmächtig geworden?

Sind Sie sehr druck- oder berührungsempfindlich? z.B. Hartliegen, Anfassen, Massieren, enge Kleider, Hals, Brust, Bauch, Taille, Hände, Füße, Geschlechtsteile, Gelenke, Wunden usw.?

Bekommen Sie leicht „blaue Flecke“?

Wie verhält sich Ihre Haut bei Verletzungen? z.B. heilt leicht, heilt schlecht, eitert, Narben aufgeworfen, eingezogen, verfärbt, blutet kaum bei Verletzungen, Blutung schwer zu stillen, Blut hellrot, dunkel, schwarz usw.?

Leiden Sie unter merkwürdigen Absonderungen? z.B. aus Geschwüren, Pickeln, Hautausschlägen, Ohren, Nabel, After; welche Eigenschaften haben diese, z.B. Geruch, Farbe, Aussehen, wässrig, dick, wundmachend, zäh, hautreizend usw.?

Treten bei Ihnen bestimmte „Zustände“ auf? z.B. Schwäche, Ohnmachten, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Blutandrang, Krämpfe, Lähmungen, Zittern, Zucken, epileptische Anfälle, Entzündungen, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Angstanfälle oder andere?

Wo gibt es auffällige Empfindungen? z.B. Ameisenlaufen, Taubheit, Kribbeln, Jucken, Spannung, Steifheit, Zittern, Klopfen, Pulsieren, Kälte- oder Hitzegefühl, Gefühle „als ob“ ein Haar, ein Klumpen, Kloß, Sandkorn, Bewegungen, sich irgendwo befänden oder andere?

Wie können Sie Ihre Schmerzen charakterisieren? z.B. berstend, bohrend, brennend, drückend, krampfend, klopfend, reißend, schneidend, stechend, ziehend, plötzlich beginnend, plötzlich endend, nur nachts, nur tags, periodisch auftretend, wo beginnend, wohin ausstrahlend, Fehlen von Schmerzen, wo sie eigentlich erwartet würden usw.?

Welche Überempfindlichkeiten gibt es bei Ihnen? z.B. Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden, oder andere?

Welche Stellungen oder Haltungen Ihres Körpers gibt es, die bessern oder verschlechtern? z.B. Gehen, Laufen, Liegen, Stehen, Bewegung, Anstrengung, Treppensteigen, Sitzen, Fahren, Heben usw.?

Wird eine Körperseite bei Ihren Krankheitserscheinungen eindeutig bevorzugt? z.B. alles nur rechts, alles nur links, nur oben, nur unten, Seitenwechsel rechts <-> links usw.?

5. Lokale Symptomatik:

(Wenn hierbei von Beschwerden zu berichten ist, bitte immer genau angeben, wo [Ort], wohin [Ausstrahlung], wann [zeitliches Auftreten], wie [Schmerz- oder Empfindungscharakter], wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst [Grund angeben!])

Kopf: z.B. Kopfhaut, Haar, Haarausfall, Gehirn usw.

Kopfschmerzen: Migräne, hatten sie einmal einen Unfall, Skiunfall, sonstige Unfälle mit Kopfverletzung, Schleudertrauma?

Schwindel: z.B. Art des Schwindels (Drehen, Taumeln, Neigen zum Fallen), Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen usw.

Gesicht: auch Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge usw.

Augen: auch Entzündungen, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörungen usw.

Ohren: auch Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, hören, eiternde Ohrläppchen usw.

6. Gemütssymptomatik:

Hat sich in der letzten Zeit etwas an Ihrer psychischen / seelischen Verfassung geändert? Was?

Können Sie leicht zornig werden, schimpfen, „explodieren“?

Zu welchen Gelegenheiten können Sie weinen?

Haben oder hatten Sie (als Kind) irgendwelche Ängste? z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst usw.

Wie steht es mit Ihrem Ordnungssinn?

Welche Rolle spielt die Eifersucht, der Neid, der Geiz, bei Ihnen?

Hat es jemals in Ihrem Leben depressive Phasen, Suizidgedanken, Suizidversuche, tiefste Traurigkeit oder ähnliches gegeben?

Wie steht es mit Ihrem Selbstvertrauen?

Welche Beschwerden entstehen durch starke Gemütsregung wie Schreck, Kummer, Ärger, Eifersucht, Trauer, Freude, Prüfungsangst usw.?

Wie steht es mit Ihren geistigen Funktionen? z.B. Denken, Lernen, Rechnen, Vergessen, Behalten, Konzentration, Aufmerksamkeit, Zerstreuung usw.

Wie steht es mit Unruhe, Nervosität, Langsamkeit, Hektik, Eile, Geduld, Ungeduld, Schreckhaftigkeit?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die für Sie typisch oder auffällig sind?

Wie schätzen Sie sich selbst ein? Wie werden Sie von anderen eingeschätzt?

Gibt es bei Ihnen im psychischen Bereich Dinge, die Sie vor anderen verbergen möchten?

7. Allgemeine Fragen:

Besitzen Sie Spannkraft und Vitalität?

Sind Sie sportlich leistungsfähig?

Waren Sie als Baby oder Kleinkind pummelig oder schlank, ruhig oder zappelig?

Lieben Sie Ihren Beruf?

Hatten Sie in der letzten Zeit Röntgenbestrahlung oder -durchleuchtung? Folgen danach?

Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und welche?

Welche Medikamente sind in der letzten Zeit genommen worden oder nehmen Sie noch?

Gegen welche Medikamente haben Sie schon einmal empfindlich reagiert, Allergie?

Nase: z.B. Geruchssinn, Niesen, Schnupfen, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlen usw.

Mund: z.B. Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluss, Geschwüre (Aphten), Zahnfleisch, Zähne, Zahnungsschwierigkeiten als Kind, schlechte Zähne, Wurzelentzündungen, tote Zähne, Amalgamfüllungen, Fisteln, Wurzelbehandlungen, Zunge, Aphten usw.

Hals: z.B. Mandeln, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Stimme, Sprache, Luftröhre, Schilddrüse, Drüsen usw.

Lungen und Bronchien: z.B. Husten, Auswurf (wie beschaffen? Wann?), Asthma, Atemnot, Entzündung usw.

Herz: z.B. Herzfehler, Herzschmerzen, Herzklopfen, Angina pectoris usw.

Brüste: z.B. Knoten in der Brust, eingezogene Brustwarzen, Entzündungen, Schwellungen oder Schmerzen vor der Regel, Milchfluss, Krebs usw.

Magen: Schleimhautentzündung, Geschwüre, „empfindlicher Magen“ usw.

Magenschmerzen:

Aufstoßen:

Übelkeit:

Erbrechen:

Appetit: z.B. normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger, nachts usw.

Welche Erscheinungen gibt es, wenn Sie längere Zeit nichts gegessen haben? z.B. Schwäche, Kopfschmerz, Zitterigkeit, schlechte Laune usw.

Gibt es bestimmte Zeiten am Tag oder in der Nacht, in denen Sie unbedingt etwas essen müssen?

Wie viel können Sie (portionsmäßig) essen?

Sodbrennen?

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht? (U= Unverträglichkeit). Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein ausgesprochenes Verlangen oder sind Sie geradezu gierig? (V= Verlangen). Gegen welche Speisen oder Getränke haben Sie eine unüberwindliche Abneigung? (A= Abneigung):

Bier	Eis
Wein	Eier
Milch	Käse
Kaffee	Karotten
kalte Getränke	Kartoffeln
warme Getränke	Kohl
Brot	Kuchen
Butter	Obst
Fette Speisen	rohe Speisen
Fisch	Salate
Fleisch	Salziges
Geräuchertes	Saures
gut gewürzte Speisen	Süßigkeiten
Gemüse	Zwiebeln
Tabak	Merkwürdiges

Wie ist Ihr Durst? z.B. normal, groß, klein, wenig, nachts, lieber warm – kalt, trinken Sie in großen Portionen oder kleinen Schlucken häufig usw.

Welche Bauchbeschwerden kennen Sie und wann: z.B. Galle, Gallenkoliken, Milz, Bauchspeicheldrüse, Darm, Nabelbruch, Leistenbruch, Blähungen, Geräusche, Schmerzen, Absonderung aus dem Nabel usw.

Stuhlgang: z.B. täglich, jeden.....Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, mittags, abends, nachts, hell, dunkel, schleimig, blutig, überriechend, geformt, knollig, schafkotartig, hart, trocken, klebrig, bleistiftdünn, dünn, breiig, wässrig, schmerzhaft, schmerzlos, wegspritzend, drängend, drang los, Drang ohne Erfolg, krampfartig, stechend, wundmachend, zurückschlüpfend, kann ihn nicht halten, Hämorrhoiden usw.

Wann hat es früher einmal längere Zeit Verstopfung oder Durchfall gegeben?

Waren oder sind Sie genötigt Abführmittel zu nehmen?

Harnentleerung: z.B. normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel, salzig, übel riechend, schmerzhaft, kann ihn nicht halten, muss warten, bis er kommt, plötzlicher Harn-drang, absatzweise Entleerung usw.

Hatten Sie jemals in der Blase oder Harnröhre Brennen oder Schneiden beim Wasserlassen?

Genitalorgane: männlich: z.B. Prostata, Hoden, Penis, usw. Hat es jemals dort etwas Auffälliges gegeben, Pilze, Warzen, Geschwüre, Absonderungen?

weiblich: z.B. Scheide, Eierstöcke, Gebärmutter. Hat es jemals dort etwas Auffälliges gegeben?

Haben Sie jemals einen Ausfluss aus Harnröhre oder Scheide gehabt? Wann, wenig, stark, gelb, braun, blutig, grün, schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übel riechend, wann zum ersten Mal in Ihrem Leben?

Menstruation:

Wann hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Nehmen Sie die „Pille“? Welche?

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen?

Wie viele Tage dauert Ihre Regelblutung?

Wie stark ist sie? z.B. normal, stark, schwach usw.

Wie sieht Ihre Blutung aus? z.B. hell, dunkel, schwarz, wässrig, klumpig, überriechend usw.

Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Regelblutung? Wo, wohin? Wie treten sie auf? usw.

Gibt es vor, während oder nach der Regelblutung irgendwelche Begleiterscheinungen in anderen Regionen des Organismus? z.B. Kopfschmerzen, Husten, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Gliederschmerzen, Brustspannung oder -schmerzen, Ohnmachten, Fieber, Schwäche, Halsschmerzen, psychische Erscheinungen usw.

Haben Sie unter Ihrer Pubertät oder Ihren Wechseljahren sehr gelitten? Wie ?

Gab es jemals Eierstockzysten, Myome, Schleimhautveränderungen, Entzündungen, Feigwarzen, Kondylome, Geschwüre oder andere Veränderungen im Genitalbereich oder Unterbauch?

Gliedmaßen:

Leiden oder litten Sie an Gliederschmerzen? Wo, wann, wie?

Gibt es Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nägeln, Schwellungen, Entzündungen?

Rücken:

Leiden Sie unter irgendwelchen Rückenschmerzen oder anderen Krankheiten im Rückenbereich?

Sonstiges:

Gibt es einen wichtigen Themenbereich, der bisher noch nicht angesprochen wurde?