

Homöopathischer Fragebogen

Name:

Datum der Erstanamnese:

Bitte lesen: Anleitung zum Gebrauch des Fragebogens

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen ist umfangreich und erfordert einige Zeit und Mühe (sowohl für Sie als auch für Ihren Behandler). Bitte nehmen Sie sich diese Zeit und gehen Sie den Fragebogen in Ruhe durch. Es bietet sich an, die Beantwortung des Fragebogens auf verschiedene Zeitpunkte zu verteilen, da der Fragebogen aus fünf getrennten Teilen besteht.

Lesen Sie sich bitte jede Frage genau durch und überlegen Sie einen Moment, ob etwas davon zutrifft. Je genauer, feiner und umfassender das Gesamtbild Ihrer Beschwerden und Charakteristika wird, desto sicherer und schneller kann das für sie passende homöopathische Mittel gefunden werden. Alle Fragen sollten daher zutreffend und unbefangen beantwortet werden. Natürlich brauchen Sie nur die Fragen beantworten, die in Ihrer Erstanamnese noch nicht zur Sprache kamen bzw. die überhaupt zutreffen.

Sie können die Fragen auf der Rückseite des Fragebogens beantworten oder besser noch freie Blätter zur Beantwortung benutzen. **Bitte notieren Sie bei jeder Antwort die Nummer der Frage!** Es genügt, wenn Sie in Stichwortform antworten, da Ihr Behandler ggf. Genaueres im Gespräch mit Ihnen nachfragen kann. Dennoch ist es gut, wenn Sie so genau wie möglich jeweils beschreiben, wo, wann und unter welchen Umständen einzelne Beschwerden auftreten. Schauen Sie sich als Erinnerungshilfe die angegebenen Beispiele an, doch beachten Sie dabei, dass die Beispiele nicht vollständig sind und Ihre Beschwerden ganz anderer Art sein können.

Da auch frühere Krankheitserscheinungen wichtig sind, prüfen Sie jede Frage nicht nur in Bezug auf ihr derzeitiges Leben, sondern auch in Bezug auf Ihre Vergangenheit.

Vielen Dank im voraus für Ihre Bemühung!

A) FAMILIENVORGESCHICHTE

A1) Wie **alt** sind Ihre Eltern?

A2) Falls Eltern bereits **verstorben** sind, wann und woran?

A3) Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihrer **Mutter** bekannt?

(Bsp. Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Alkoholismus, Asthma, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Rheuma, Gicht u.a.)

A4) Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihrem **Vater** bekannt?

A5) Welche schweren Krankheiten gab es in Ihrer **sonstigen Verwandtschaft** (Geschwister, Großeltern)?

B) EIGENE VORGESCHICHTE

B1) Gab es Beschwerden/Störungen während der **Schwangerschaft** Ihrer Mutter mit Ihnen?

B2) Gab es Schwierigkeiten/Probleme während Ihrer **Geburt**?

B3) Welche **Kinderkrankheiten** haben Sie als Kind durchgemacht? (Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken)

B4) Welche anderen **Krankheiten** hat es bei Ihnen als Kind gegeben?

a) **Hauterkrankungen** (Akne, Krätze, Ekzeme, Herpes, Flechten, Furunkel, Warzen, Neurodermitis u.a.)

b) **schwere oder chronische Krankheiten** (Lungenentzündung, Asthma, Neurodermitis, Allergien, Tuberkulose, Kinderlähmung, Tetanus, Hepatitis u.a.)

c) **wiederkehrende Krankheiten** (Angina, Bronchitis, Erkältung, Blasenentzündung, Dauerschnupfen, Drüsenschwellungen, Mittelohrentzündungen, Magenverstimmungen u.a.)

d) Wie wurden diese Krankheiten **behandelt**?

e) Unter welchen dieser Krankheiten leiden Sie **bis heute**?

B5) Wann begannen Sie als Kind zu **laufen** und zu **sprechen**?

B6) Gab es sonstige **Störungen** während Ihrer Kindheit? (Zahnungsbeschwerden, Stottern, Bettnässen, Schlafstörungen, Allergien, Ernährungsstörungen, Würmer, Ängste, psychische Probleme, Epilepsie u.a.)

B7) Wie würden Sie sich als **Kind** überhaupt beschreiben? (lebhaft, heiter, ernst, verschlossen, ruhig, zappelig, brav, ungehorsam)

B8) Würden Sie Ihre **Kindheit** eher als glücklich oder unglücklich bezeichnen?

B9) a) Wogegen und wann wurden Sie **geimpft**? (evtl. im Impfbuch nachschauen oder mitbringen)

b) Gab es nach einer der **Impfungen** einmal eine Verschlechterung Ihres Befindens?

B10) Gab es besondere **schulische Probleme**?

B11) Gab es besondere Probleme während Ihrer **Pubertät**? (Hauterkrankungen, Schulschwierigkeiten, Liebeskummer u.a.)

B12) Welche **Operationen** wurden bei Ihnen vorgenommen?

(Bsp. Mandelentfernung, Blinddarmoperation, andere Operationen)

B13) Hatten Sie **Verletzungen oder Unfälle**?

(Bsp. Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock)

B14) Welche anderen **schweren Erkrankungen** sind nach der Kindheit bislang aufgetreten?

(Hepatitis, Lungenentzündung, Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Schlaganfall, Herzinfarkt, Asthma, Diabetes, Rheumatismus, Gicht, Gallensteine, Nierensteine, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie u.a.)

B15) Welche früheren Erkrankungen treten **immer wieder** auf.? (Bsp. Kopfschmerzen, Hautausschläge, Akne, Warzen, chronischer Schnupfen, Bronchitis, Nebenhöhlenentzündung, Ballenentzündung, Magen/Darmbeschwerden u.a.)

C) ALLGEMEINE FRAGEN

C1) Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit, wogegen, seit wann, wieviel? (Bitte alle Medikamente auflisten, auch die Sie nur hin und wieder benutzen)

C2) Gab oder gibt es Medikamente, auf die Sie **empfindlich** reagieren?

C3) Wie haben Sie **Alltagsbeschwerden** (Erkältungen u.a.) bislang behandelt?

C4) Gab es deutliche **Gewichtsveränderungen** in letzter Zeit?

C5) Gibt es im Zusammenhang mit Ihrer Krankheit Beeinträchtigungen Ihrer **Leistungsfähigkeit?** (Mattigkeit, Müdigkeit, Schwächegefühl, Konzentrationsstörungen)

C6) Gibt es **Lähmungen** oder lähmungsähnliche Erscheinungen?

C7) Haben Sie öfter **Hitzewallungen?**

C8) Gibt es manchmal **Muskelkrämpfe** oder andere krampfartige Erscheinungen?

C9) Kennen Sie **Ohnmachten** oder ohnmachtsähnliche Zustände?

C10) Wie ist Ihr **Appetit?**

C11) Wie verhält es sich bei Ihnen mit dem Gewicht (Zunahme/Abnahme)?

C12) Welche **Speisen/Nahrungsmittel** essen Sie besonders gerne? (insbesondere Brot, Teigwaren, Fleisch, Fett, Fisch, Süßigkeiten, Eis, Kuchen, Salz, Eier, Milch, Milchprodukte, bestimmtes Obst, bestimmte Gemüse, Geräuchertes, Scharfes, Saures u.a.)

C13) Gibt es Nahrungsmittel, auf die Sie hin und wieder einen **Heißhunger** haben?

C14) Gegen welche Speisen/Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung/Widerwillen/Ekel?

C15) Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen?

C16) Wie essen Sie im allgemeinen? (langsam, hastig, warm, kalt, viel auf einmal, wenig, oft)

C17) Wie **fühlen** Sie sich vor/während/nach den Mahlzeiten? Gibt es dann irgendwelche Beschwerden?

C18) Haben Sie allgemein viel oder eher wenig **Durst?**

C19) Welche Menge an Flüssigkeit trinken Sie durchschnittlich im Tagesverlauf?.

C20) Welche **Getränke** bevorzugen Sie im allgemeinen?

C21) Gibt es Getränke, die Sie überhaupt **nicht mögen?** (Bier, Wein, Milch, Kaffee, Tee, kalte Getränke, warme Getränke u.a.)

C22) Gibt es Getränke, die Sie nicht vertragen?

C23) Wie vertragen Sie **Alkohol?**

C24) Wieviel Zigaretten **rauchen** Sie am Tag?

C25) Wann im **Tagesverlauf** (24 Std.) fühlen Sie sich am wohlsten?

C26) Wann im Tagesverlauf fühlen Sie sich besonders müde, schläfrig oder unkonzentriert?

C27) Wann im Tagesverlauf sind Ihre **Beschwerden am heftigsten?**

Wann sind Sie am **erträglichsten?**

C28) Welche **Jahreszeit** mögen Sie am liebsten, wann fühlen Sie sich am wohlsten?

C29) Welche **Jahreszeit** mögen Sie am wenigsten, zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am unwohlsten?

C30) Wie geht es Ihnen in der **Dunkelheit?**

C31) Werden Sie von Vollmond, Neumond oder anderen **Mondphasen** beeinflusst?

C32) Welchen Einfluss hat direkter **Sonnenschein** auf Sie?

C33) Sind Sie empfindlich gegen bestimmte **Wetterlagen**? Wie geht es Ihnen mit den folgenden Wetterlagen? Denken Sie bitte auch daran, ob Ihre Beschwerden bei bestimmtem Wetter schlechter oder besser werden

- a) Regen
- b) Nebel
- c) Schnee
- d) Wind/Sturm
- e) Gewitter
- f) feuchtwarmes Wetter
- g) nasskaltes Wetter
- h) trockenkaltes Wetter
- i) Zugluft
- j) Föhn
- k) Wetterwechsel

C34) In welchem **Klima** fühlen Sie sich am wohlsten (sind ihre Beschwerden am geringsten)? (Bsp. am Meer, im Gebirge, in der Wüste, im Flachland, in den Tropen, am Mittelmeer u.a.)

C35) Wie vertragen Sie folgende Arten von **Wärme**?

- a) Sonnenhitze
- b) Ofenwärme
- c) warmes Zimmer
- d) warmes Bad
- e) warme Kleider
- f) warme Anwendungen (Wärmflasche, heiße Umschläge usw.)

C36) Wie vertragen Sie folgende Arten von **Kälte**?

- a) Kälte im allgemeinen (Lufttemperatur)
- b) kalte Anwendungen (kaltes Wasser, kalte Umschläge, Eisbeutel u.ä.)
- c) Vertragen Sie feuchte oder trockene Kälte besser?

C37) Wie muss Ihr **Zimmer** klimatisiert sein, wenn Sie schlafen? (offenes Fenster, kühler als tagsüber, warm?)

C38) **Frieren** Sie leicht oder ist Ihnen eher immer zu warm?

C39) Mögen Sie gerne eine warmes **Zimmer** oder öffnen Sie lieber das Fenster?

C40) Wie wichtig ist **frische Luft** allgemein für Sie?

C41) Haben Sie öfter kalte Hände oder Füße?

C42) Haben Sie öfter Hitzewallungen, heiße Hände, heiße Füße, ständiges Frösteln, Schüttelfrost, Fieberneigung, andere Temperaturerscheinungen?

C43) Wie ist es bei Ihnen mit Fieber? Wie verläuft Fieber bei Ihnen meistens?

C44) Schwitzen Sie leicht, schwer oder eher gar nicht?

C45) Wann tritt am ehesten Schweiß auf.?

(Bsp. geistige oder körperliche Anstrengungen, Aufregung, Sommerhitze, Sauna)

C46) Wo überall schwitzen Sie besonders stark? (Bsp. Kopf, Hinterkopf, Stirn, Gesicht, Nacken, Brust, Achseln, Rücken, Genitalien, Hände, Füße)

C47) Gibt es Auffälligkeiten in **Konsistenz oder Geruch** des Schweißes? (Bsp. wässrig, klebrig, ölig, kalt, warm, stinkend, sauer, eigenartiger Geruch u.a.)

C48) Wie ist Ihr Bedürfnis nach körperlicher Betätigung oder Bewegung?

C49) Wie ist Ihr **Schlaf**? (Bsp. gut, schlecht, tief, oberflächlich, geräuschempfindlich u.a.)

C50) Wie schnell/leicht **schlafen Sie ein**? Welche Dinge hindern Sie ggf. am Einschlafen? (Bsp., Sorgen, Gedankenandrang, Zuckungen, innere Unruhe, Durst)

- C51) Gibt es Probleme mit dem **Durchschlafen** wie nächtliches Erwachen oder zu frühes Erwachen usw.?
- C52) Falls Sie nachts oft erwachen, gibt es bestimmte Zeiten?
- C53) Gibt es Auffälligkeiten oder **Störungen** während des Schlafes? (Bsp. Schlafwandeln, viel Herumwälzen, Aufschreien, Sprechen, Hochschrecken, Schwitzen, Zähneknirschen, Frieren, Atemstillstand, Schnarchen, Herzrasen, Hunger, Zuckungen u.a.)
- C54) a) In welcher **Schlaflage** liegen Sie typischerweise?
 b) Gibt es eine Lage, in der Sie schlecht oder gar nicht liegen können? (Bsp. hochliegend, flach, Rückenlage, Bauchlage, Seitenlage links/rechts, ausgestreckt oder zusammengerollt)
- C55) Liegen Sie lieber **hart oder weich**?
- C56) Wie muss Ihr **Schlafplatz** sonst beschaffen sein? (Bsp. dicke Decke, dünne Decke, gar keine Decke, Füße herausgestreckt)
- C57) Wie leicht werden Sie nach dem Schlafen wach?
- C58) a) Wie fühlen Sie sich im allgemeinen nach dem Erwachen? (Bsp. ausgeruht, noch müde, gereizt, verschlossen, mürrisch, schläfrig u.a.)
 b) Wodurch werden Sie müde?(Bsp. körperliche Anstrengung, geistige Anstrengung, Hausarbeit, berufliche Arbeit, Gespräche, Fernsehen u.a.)
- C59) Wird Ihnen manchmal **schwindlig**? Wann? (Bsp. in der Höhe, beim Aufstehen, im Liegen, Gehen, Stehen u.a.)
- C60) Wie vertragen Sie Reisen?
 a) Bahnreisen
 b) Autofahrten
 c) Schiffsreisen
 d) Flüge
- C61) Mögen Sie **enge Kleider**? Wenn nein, wo sind Sie Ihnen besonders unangenehm? (Bsp. Hals, Brust, Taille, Hände, Füße, Genitalien, Gelenke u.a.)
- C62) Tragen Sie gerne Hüte?
- C63) a) Wie geht es Ihnen mit Massagen?
 b) Wie geht es Ihnen überhaupt mit **Berührung** durch andere Menschen?
- C64) Bekommen Sie leicht **blaue Flecke**?
- C65) Wie verhält sich Ihre **Haut bei Verletzungen**? (Bsp. heilt leicht/schlecht, eitert, blutet stark/wenig)
- C66) Wie ist Ihre Haut überhaupt **beschaffen**? (trocken, rau, rissig, fettig u.a.)
- C67) Gibt es irgendwo auffällige **Missempfindungen**? Wo sind diese lokalisiert? (Bsp. Ameisenlaufen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Jucken, Spannung, Steifheit, Klopfen, Pulsieren., Kälte- oder Hitzeempfindungen, Gefühle, als ob ein Haar, Klumpen, Kloß, Sandkorn o.a. sich irgendwo befindet, u.a.)
- C68) a) Gibt es regelmäßige **Schmerzempfindungen**?
 b) Wo sind diese lokalisiert?
 c) Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben?
 (Bsp. für Schmerzcharakter: bohrend, brennend, drückend, krampfend, reißend, schneidend, stechend, ziehend u.a.)
- C69) Gibt es Dinge, gegen die Sie besonders **empfindlich** sind? (Bsp. Licht, Dunkelheit, Geräusche, Gerüche, Baden u.a.)
- C70) Kennen Sie **anfallsweise** Zustandsveränderungen? In welchen Situationen treten sie auf? (Bsp. Schwäche, Ohnmacht, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Blutandrang zum Kopf oder zu anderen Körperteilen, Krämpfe, Lähmungen, Zittern oder Zuckungen, Spannungszustände, Gewichtsabnahme oder -zunahme, Angstanfälle, Wutanfälle u.a.)
- C71) Wird eine **Körperseite** bei Ihren Krankheitserscheinungen bevorzugt? (Bsp. linke oder rechte Körperhälfte, nur oben, nur unten, im Seitenwechsel u.a.)

- C72) Wie oft am Tage (auch Nacht) müssen Sie Wasser lassen?
- C73) Gibt es Probleme beim Wasserlassen? (schmerzhaft, kann ihn nicht halten, lange warten, plötzlicher Harndrang, unterbrochener Harnabgang, Nachtröpfeln u.a.)
- a) Können Sie nur in bestimmten Stellungen Wasserlassen? (Bsp. nur im Sitzen, nur gebeugt u.a.)
- b) Kennen Sie unwillkürlichen Harnabgang? (Bsp. beim Husten, Niesen, Lachen oder sonst)
- C74) Gibt es Auffälligkeiten in Farbe oder Geruch des **Harns**?
(Bsp. Trübung, dunkle oder helle Farbe, stechender/aufdringlicher/übler Geruch, Geruch wie Pferde- oder Katzenurin oder anders)
- C75) Wie oft und wann haben Sie üblicherweise **Stuhlgang**?
- C76) a) Gibt es Probleme oder Auffälligkeiten beim **Stuhlgang**? (Durchfall, Verstopfung, Krämpfe, Schmerzen, erfolgloser Drang, plötzlicher Drang, starker Windabgang dabei u.a.)
b) Falls Sie öfter Durchfall haben, wie ist der Durchfall beschaffen? (Bsp. wie Wasser, mit Schleimbeimengung, heftige Entleerung, häufige Entleerung, besondere Farbe/Geruch u.a.)
- C77) Gibt es Auffälligkeiten in Beschaffenheit, Farbe oder Geruch des **Stuhls**? (Bsp. hell, dunkel, schwarz, knollig, schafkotartig, trocken, klebrig, bleistiftdünn, breiig u.a.)
- C78) Gibt es **Beimengungen** im oder auf dem Stuhl?

Nur für Frauen

- C79) Wann bekamen Sie Ihre **erste Menstruation**?
- C80) In welchem **zeitlichen Abstand** bekommen Sie Ihre Regel?
- C81) **Wie lange** dauert die Blutung?
- C82) Ist Ihre Blutung eher stark oder schwach?
- C83) Gibt es Auffälligkeiten bei Farbe oder Geruch der **Blutung**?
- C84) Wie fühlen Sie sich **stimmungsmäßig** vor/während/nach der Periode?
- C85) Nehmen Sie die **Pille**?
- a) Seit wann?
- b) Gibt es irgendwelche körperlichen Probleme oder andere Veränderungen Ihres Befindens, seit Sie die Pille nehmen?
- C86) Gibt es sonstige **Beschwerden** vor/während/nach der Periode? (Bsp. Schmerzen oder Krämpfe, Verdauungsstörungen, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Gliederschmerzen, Ohnmachtsneigung, Schwäche, Fieber u.a.)
- C87) Leiden Sie hin und wieder unter **Ausfluss**? Wie ist dieser beschaffen (Farbe, Geruch, Menge)?
- C88) Falls Sie schon einmal schwanger waren: Gab es Probleme/Beschwerden während der Schwangerschaft oder während der Geburt?
- C89) Gab es Zeiten in Ihrem Leben, als die Regel sehr stark verändert war oder ausblieb?
- C90) Gibt es Schmerzen, Schwellungen, Verhärtungen oder andere Beschwerden der Brüste? Stehen diese mit der Menstruation im Zusammenhang?
- C91) Gibt es sonst Beschwerden im Bereich Ihrer Genitalorgane (Scheide, Eierstöcke, Gebärmutter)?

Nur für Männer

- C79) Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf Erektion oder Samenerguss? (fehlende Erektion, häufige Erektion, vorzeitiger, verzögerter oder ausbleibender Samenerguss)
- C80) Haben Sie irgendwelche Beschwerden an den Hoden? (Bsp. Ziehen, Druckempfindlichkeit, Quetschungsgefühl, Venenerweiterung, Ausschlag, Risse, Schwellungen, Verhärtungen, Geschwüre)
- C81) Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten oder Probleme am Penis? (Bsp. Vorhautverengung, Feigwarzen, Geschwüre)
- C82) Hatten Sie jemals einen **Ausfluss** aus der Harnröhre? Wie war/ist dieser beschaffen?
- C83) Gibt es sonstige Beschwerden im Bereich Ihrer Genitalorgane (Bsp. Prostata)?

D) GEMÜTS- UND GEISTIGE SYMPTOME

- D1) Wenn Sie einen Steckbrief mit **Eigenschaften** von sich entwerfen müssten:
- Welche (mind. 5) **guten** Eigenschaften würden Sie sich zuschreiben?
 - Welche (mind. 5) **schlechten** Eigenschaften würden Sie sich zuschreiben?
 - Welche Eigenschaften **schätzen andere** an Ihnen besonders?
 - Welche Eigenschaften mögen andere an Ihnen nicht?
 - Gibt es psychische Eigenschaften oder Verhaltensweisen von Ihnen, die Sie selbst **auffällig oder ungewöhnlich** finden?
- D2) Wie ist Ihre **Stimmung** im allgemeinen?
- D3) Sind Sie eher ein fröhlicher oder ernster Mensch?
- D4) Sind Sie im allgemeinen eher optimistisch oder pessimistisch?
- D5) Wie ist Ihr **Temperament**? Sind Sie eher schüchtern oder eher drauflos/ungestüm?
- D6) Wie steht es um Ihr **Selbstvertrauen**?
- D7) Sind Sie eher ein geduldiger oder ungeduldiger Mensch?
- D8) Sind Sie im allgemeinen eher eilig/schnell oder langsam?
- D9) Welche **Themen oder Angelegenheiten** beschäftigen Sie stark im Moment?
- D10) Worüber sorgen Sie sich oft in Ihrem Leben?
- D11) Gibt es ein **Problemthema**, das sich durch Ihr ganzes Leben zieht?
- D12) Welche dauerhaften Gewissensbisse, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle gibt es?
- D13) Welche Dinge/Situationen machen Sie besonders leicht **ärgerlich** oder zornig?
- D14) Zeigen Sie Ärger oder behalten Sie ihn eher für sich?
- D15) Wie reagieren Sie, wenn Sie wütend sind? (schimpfen, schreien, mit Gegenständen werfen, Türen schlagen, schmollen, explodieren u.a.)
- D16) Was trifft Ihre **Empfindsamkeit** am meisten? (Bsp. Vorwürfe, Ungerechtigkeiten, Unannehmlichkeiten, Kummer, Geringschätzung, Verleumdung, Widerspruch, Missachtung, schlechte Nachrichten, Krankheit oder Kummer anderer u.a.)
- D17) Wie geht es Ihnen mit Kritik/Widerspruch/Vorwurf?
- D18) Wie geht es Ihnen mit **Ungerechtigkeit**?
- D19) Wie reagieren Sie auf **Enttäuschungen**?
- D20) Wie reagieren Sie auf **Zurückweisung**?
- D21) Gibt es Dinge/Situationen, die Sie besonders leicht **rühren**?
- D22) Wie geht es Ihnen allgemein mit **Musik**?
- Welche Musik mögen Sie gerne?
 - Welche Musik mögen Sie **nicht**?
- D23) Gibt es Dinge, die Sie aufschrecken/erschrecken lassen?
- D24) Welche Dinge lassen Sie **traurig** werden?
- D25) Weinen Sie leicht oder eher schwer?
- D26) Bei welchen Gelegenheiten weinen Sie? Wie fühlen Sie sich dabei?
- D27) Kennen Sie Situationen, in denen Sie **schwermütig** oder depressiv werden?
- D28) Wie geht es Ihnen mit **Trost**? Falls Sie Trost mögen, wie möchten Sie getröstet werden? (streicheln, in den Arm nehmen, angehört werden, Zuspruch)
- D29) Besprechen Sie Probleme/Kummer mit anderen oder machen Sie es lieber mit sich selber aus?
- D30) Was für ein Verhältnis haben Sie zum Tod? Haben Sie schon einmal mit dem Gedanken gespielt, Ihr Leben zu beenden?

D31) Gibt es Dinge, die Sie **neidisch** machen gegenüber anderen Menschen?

D32) Wie leicht werden Sie **eifersüchtig**?

D33) Kennen Sie Angst gegenüber bestimmten Dingen oder Situationen? (Alleinsein, Dunkelheit, Gewitter, Krankheit, Zukunft, Spinnen, Schlangen, Mäuse, Hunde, andere Tiere, vor Prüfungen, vor Unglück, vor dem Sterben, Angst um andere u.a.)

D34) Gibt es Angst oder Unwohlsein an **besonderen Orten**? (Menschenmenge, enge Räume, hochgelegene Orte, im Meer, auf offenen Plätzen u.a.)

D35) Gab es Dinge, vor denen Sie als **Kind** Angst hatten?

D36) Gab es **Situationen** in Ihrem Leben, in denen Sie besonders große Angst oder Panik hatten?

D37) Haben Sie **Gedanken oder Phantasien**, die immer wiederkehren oder die Sie quälen?

D38) Sind Sie im allgemeinen lieber für sich **alleine** oder in **Gesellschaft**?

D39) Fällt es Ihnen eher leicht oder schwer, alleine zu sein?

D40) Finden Sie leicht Vertrauen zu anderen oder sind Sie eher misstrauisch?

D41) Gibt es Menschen oder Situationen, die Sie überhaupt **nicht mögen**? (bestimmte Menschen, Fremde, Familienangehörige, Berührung, Enge u.a.)

D42) In welchen Situationen werden Sie besonders leicht unsicher?

D44) a) Gibt es besondere Schwierigkeiten oder Probleme in Ihrer **Sexualität**?

(Erektionsschwierigkeiten, vorzeitiger/verspäteter Samenerguss, kein Orgasmus, Abneigung gegen Geschlechtsverkehr, übermäßiges Verlangen, besondere Neigungen)

b) Gibt es Beschwerden oder Gemütsveränderungen nach sexuellem Verkehr? (Bsp. Erschöpfung, Schwindel, Brechreiz u.a.)

D45) Wie wichtig ist Ihnen **Ordnung** in Ihrer Umgebung?

D46) Wie stehen Sie zu Ihrem **Beruf**?

D47) Wie gut können Sie sich auf etwas **konzentrieren**?

D48) Gibt es Probleme bei bestimmten geistigen Funktionen?

(Lernen, Rechnen, Schreiben, Lesen, Denken, Konstruieren, Analysieren u.a.)

D49) Wie gut ist Ihr **Gedächtnis** im allgemeinen? Können Sie Gelerntes leicht behalten?

D50) Gibt es Dinge, die Sie besonders leicht vergessen? (Namen, Termine, Worte, Zahlen, Nummern, Straßen)

Zu den folgenden Fragen nach **Träumen** genügt eine kurze Notiz (in Behandlung ansprechen):

D51) Gab es in Ihrer Kindheit Träume/Traumthemen, die immer wiederkehren?

D52) Gibt es Träume/Traumthemen, die heute immer wiederkehren?

D53) Gibt es aus jüngster Zeit einen Traum, an den Sie sich erinnern können?

D54) Welches war (als Kind) oder ist Ihr **Lieblingsmärchen**?

D55) Welches sind Ihre **Lieblingsbücher, Lieblingsfilme**?

D56) Welches sind Ihre **Lieblingsbeschäftigungen**? Haben Sie Hobbys?

E) Von KOPF bis FUß: eine Reise durch den Körper

Bitte beachten Sie:

Falls bei einer der folgenden Fragen eine Beschwerde oder Erscheinung anzuführen haben, so geben Sie bei jeder Beschwerde mit an:

- **Wo genau tritt die Beschwerde auf?**
- **Wann und unter welchen Umständen tritt die Beschwerde auf?**
- **Gibt es Umstände, die die Beschwerde lindern oder verstärken?**
- **Seit wann haben Sie diese Beschwerde?**

KOPF

E1) Leiden Sie hin und wieder unter **Kopfschmerzen**?

- a) Falls ja, wo genau sind die Kopfschmerzen lokalisiert?
- b) Seit wann bestehen die Kopfschmerzen?
- c) Unter welchen Umständen treten sie auf?
- d) Wodurch werden sie besser oder schlechter?
- e) Gibt es Symptome, die den Kopfschmerzen vorausgehen oder sie begleiten
(Bsp. Sehstörungen, Brechreiz, Erbrechen, Hitzewallungen, Frost u.a.)

E2) In welchem Zustand befindet sich Ihr **Haar**? Gibt es hier Auffälligkeiten? (Bsp. Schuppen, starkes Fetten, Haarausfall u.a.)

E2) Gibt es andere Symptome im **Kopfbereich** (außer Gesicht und Sinnesorgane)? (Bsp. Hautveränderungen, Warzen, Narben u.a.)

E3) Empfinden Sie manchmal **Schwindel oder Betäubungsgefühl**? Unter welchen Umständen tritt dieses auf?

GESICHT UND SINNESORGANE

E4) In welchem Zustand befindet sich Ihre **Gesichtshaut**? Falls es dort Symptome gibt, wo genau (Nase, Lippen, Ohren usw.) (Bsp. Trockenheit, Fettigkeit, Akne, Schuppenbildung, Hautausschläge anderer Art, Warzen, Risse, erweiterte Gefäße, starke Schweißbildung u.a.)

E5) Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf den **Bartwuchs**?

E6) Gibt es andere Beschwerden im Bereich Ihres Gesichts? (Bsp. Trigeminusneuralgie, Knochenschmerzen u.a.)

E7) Haben Sie Beschwerden im Bereich der **Augen**? (Bsp. Schmerzen, Tränenfluss, Entzündung, Juckreiz, Gerstenkörner, Fremdkörpergefühl im Auge, Verkrustung, Wimpernausfall, Lidzwinkern, gehäufte Lidschlag u.a.)

E8) Sind Sie besonders empfindlich gegen **Licht**? Welche Art von Licht (Sonnenlicht, Tageslicht, künstliches Licht)?

E9) Bestehen Beeinträchtigungen der **Sehkraft**? (Bsp. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Schielen, Hornhautverkrümmung)

E10) Kennen Sie **Sehstörungen**? Welcher Art sind sie und wann treten sie auf.? (Bsp. Funkensehen, Flimmern, Farbflecke, Nebel, Schleier u.a.)

E11) Gibt es Probleme im Bereich der **Ohren**? (Bsp. Ohrenscherzen, verstärkte Ohrenschmalzabsonderung, andere Absonderungen, Juckreiz u.a.)

E12) a) Gibt es Beeinträchtigungen Ihrer **Hörfähigkeit**?

- b) Haben sie hin und wieder **Ohrgeräusche**? Welcher Art sind diese Geräusche? (Bsp. Rauschen, Sausen, Brummen, Summen, Klingeln, Pfeifen u.a.)

E13) Leiden Sie unter Beschwerden, die die Nase betreffen? (Bsp. häufiger Schnupfen, Nasenbluten, andere Absonderungen: welcher Art, Krustenbildung, Geschwüre, Polypen, Furunkelneigung, Verstopfung, Wundheit, Druck oder Schmerzhaftigkeit u.a.)

E14) a) Hatten oder haben Sie **Heuschnupfen** oder einen anderen **allergischen Schnupfen**?
b) Welche Stoffe lösen diesen Schnupfen aus?

E15) Können Sie durch die Nase frei atmen oder gibt es zeitweilige oder ständige Behinderung der **Nasatmung**?

E16) Hatten oder haben Sie Probleme im Bereich der **Nasennebenhöhlen**?

E17) Bestehen **Geruchsstörungen**, Unfähigkeit, Gerüche wahrzunehmen oder Geruchstäuschungen?

E18) Sind Sie für bestimmte **Gerüche** besonders empfindlich? Wie reagieren Sie dann (Bsp. Übelkeit)?

E19) In welchem Zustand befinden sich Ihre **Lippen**, gibt es hier Auffälligkeiten? (Bsp. Trockenheit, Risse, Schrunden, Bläschen, Herpes u.a.)

E20) Gibt es irgendwelche Probleme mit dem **Zahnfleisch**? (Bsp. Zahnfleischbluten, Parodontose, Schwellung, Entzündung u.a.)

E21) Gibt es Beschwerden bei der Zunge? (Bsp. Bläschen, verstärkter Speichelfluss, Risse, auffälliger Zungenbelag; wie ist der Belag?, Brennen, beeinträchtigte Beweglichkeit, Taubheit, Schwellungsgefühl u.a.)

E22) Bestehen Besonderheiten bei der **Geschmackswahrnehmung**? Gibt es Geschmacksrichtungen, die Sie als besonders unangenehm empfinden? Gibt es Geschmackstäuschungen irgendwelcher Art?

E23) Empfinden Sie Schmerzen oder andere Beeinträchtigungen beim **Kauen oder Schlucken**?

E24) Wie ist der Zustand Ihrer **Zähne**?

a) welche Zähne fehlen bei Ihnen? Seit wann / durch welche Ursache?

b) Wie ist das **Gebiss** insgesamt? Neigen Sie zu Zahnbeschwerden/Zahnverfall?

c) Gibt es **Missempfindungen** im Bereich der Zähne? (Bsp. Vergrößerungsgefühl, Lockerungsgefühl u.a.)

d) Gibt es hin und wieder andere **Zahnbeschwerden**? (Bsp. Zahnschmerzen, Empfindlichkeit für kalte oder warme Getränke, kalte Luft, Druck, Wetterwechsel, Bewegung u.a.)

e) Haben Sie Zähne, deren Nerven abgetötet wurden?

f) Neigen Sie öfter dazu, die Zähne aufeinanderzubeißen oder zu nächtlichem Zähneknirschen?

E25) Gibt es andere Beschwerden im Bereich des Mundes? (Bsp. Wundstellen, Aphthen, Brennen, Jucken, Schleimhautveränderungen u.a.)

E26) Leiden Sie unter **Mundgeruch**? Wie könnte man diesen Mundgeruch beschreiben?

HALS UND RACHEN

E27) Gibt es Auffälligkeiten oder Beschwerden außen am Hals? (Bsp. Hautausschlag, Warzen, Schwellungen, leichte Errötung, Kropfbildung, Hitze- oder Kälteempfindungen, andere Missempfindungen)

E28) Wie vertragen Sie Enge im Halsbereich (Rollkragenpullover, Kragen, Krawatte usw.)?

E29) Leiden Sie gehäuft unter Mandelbeschwerden und Halsschmerzen?

a) Unter welchen Umständen sind die Halsschmerzen jeweils besonders stark (Bsp. Leerschlucken, feste Nahrung, warme/kalte Getränke/Speisen, andere Umstände)?

b) Wodurch werden Sie ggf. besser?

ATMUNGSORGANE

E30) Haben Sie irgendwelche Beeinträchtigungen Ihrer **Atmung**?

- a) Leiden Sie manchmal unter **Kurzatmigkeit**?
- b) Hatten oder haben Sie **asthmatische** Beschwerden?

E31) Haben Sie manchmal Beklemmungen oder Schmerzen im Bereich des **Brustkorbs**?

E32) Wie ist es mit Ihrer **Stimme**? Sind Sie öfter heiser oder gibt es andere Auffälligkeiten Ihrer Stimme?

E33) Müssen Sie sich häufig **räuspern**?

E34) Haben Sie einen verstärkten **Auswurf**?

- a) Wie ist der Auswurf beschaffen?
(Bsp. leicht oder schwer lösbar, zäh, klumpig, große Massen, fadenziehend)
- b) Welche Farbe hat der Auswurf?
- c) Welchen Geschmack hat der Auswurf.?

E35) Müssen Sie öfter husten?

- a) Welcher Art ist der **Husten** (Häufigkeit, Stärke und Dauer der Anfälle, trocken oder mit Auswurf, mit oder ohne Atemnot)
- b) Wo wird der **Husten** ausgelöst?
(Bsp. Kitzel/Brennen/Juckreiz in Kehlkopf/Luftröhre/Brust/Magen)
- c) Wann tritt der **Husten** gehäuft oder ausschließlich auf?
(Bsp. tagsüber, nachts, in Ruhe, in Bewegung, im Raum, im Freien, beim Liegen, beim/nach Trinken, bei Einatmung, bei Ausatmung, andere Umstände)
- d) Gibt es Dinge/Maßnahmen, die den **Husten lindern**?
(Bsp. warme Milch, kaltes Getränk, Bedecken von Mund/Nase, Herumgehen u.a.)
- e) Gibt es typische **Begleiterscheinungen** beim **Husten**?
(Bsp. Schmerzen der Brust, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schweiß, Frösteln, Harnabgang u.a.)

HERZ UND KREISLAUF

E36) Haben Sie öfter **Herzklopfen** ohne besondere körperliche Anstrengung?

E37) Haben Sie manchmal ein Gefühl des Flatterns, Stolperns oder anderer Auffälligkeiten des Herzschlags?

E38) Kennen Sie Ängste, dass das Herz stehenbleiben könnte oder die sonst mit dem Herz zu tun haben?

E39) Sind Ihnen bestimmte **Herzfehler** bekannt?

E40) Gibt es andere Beschwerden im Bereich des Herzens?

(Bsp. Stiche, Druckgefühl, Beklemmung u.a.)

E41) Wie ist Ihr **Blutdruck** im allgemeinen? (Zahlen nur falls verfügbar, ansonsten ungefähre Angabe wie „sehr hoch/hoch/normal/niedrig./sehr niedrig“)

VERDAUUNGSORGANE

E42) Gibt es Beschwerden, die Sie im Bereich des Magens empfinden? (Bsp. Aufstoßen, Sodbrennen, Magenschmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Völlegefühl, Auftreibung, Leeregefühl)

E43) Falls Sie gehäuft **aufstoßen** oder **erbrechen** müssen:

- a) wodurch werden Erbrechen oder Aufstoßen hervorgerufen?
- b) wie fühlen Sie sich danach?
- c) Bei gehäuften Erbrechen: wie sind Aussehen, Geschmack, Farbe und Geruch des Erbrochenen?

E45) Haben Sie öfter **Blähungen**, Windabgang oder Bauchkollern?

- a) Wodurch treten Blähungen gehäuft auf (bestimmte Nahrungsmittel und anderes)?
- b) Wie riechen die Gase?
- c) Fühlen Sie sich danach erleichtert oder nicht?

E47) Gibt es ab und zu **Bauchschmerzen**?

- a) Wo genau befinden sich diese?
- b) Wonach treten besonders leicht Bauchschmerzen auf?
- c) Gibt es Maßnahmen, durch die Ihre Bauchschmerzen besser werden? Wie verhalten Sie sich, wenn Sie Bauchschmerzen haben? (Bsp. Druck, warme/kalte Anwendungen, Zusammenkrümmen, hinlegen, sich strecken u.a.)

E48) Stört Sie der **Druck** von Kleidern (oder Gürtel u.a.) im Bauchbereich?

E49) Bestehen Auffälligkeiten oder Beschwerden im Bereich des Afters? (Bsp. Jucken, Schmerzen beim Stuhlabgang oder sonst, Hämorrhoiden, Wundheit, Risse, Fistelbildung, Hautausschläge, Feigwarzen, Absonderungen: welcher Art?)

BLASE UND HARNWEGE

E50) Haben Sie manchmal Schmerzen oder Missempfindungen in der Blase oder in den Harnwegen? Falls ja, wie sind die Schmerzen und wann treten sie auf.? (Bsp. auch Brennen, Jucken, Hitzegefühl, Kältegefühl u.a.)

RUMPF UND GLIEDER

E53) Leiden Sie hin und wieder unter **Rückenschmerzen**?

- a) Wo sind diese genau lokalisiert?
- b) Unter welchen Umständen treten die Schmerzen auf? (Bsp. bestimmte Tageszeiten, Stehen, Liegen, Sitzen, Gehen, bestimmtes Wetter, kalte oder warme Anwendungen)

E54) Haben Sie Schmerzen in **Muskeln, Knochen oder Gelenken**?

- a) An welchen Körperteilen sind diese lokalisiert?
- b) Unter welchen Umständen treten die Schmerzen auf? (Bsp. bestimmte Tageszeiten, Stehen, Liegen, Sitzen, Gehen, bestimmtes Wetter, kalte oder warme Anwendungen, Druck)
- c) Gibt es Maßnahmen/Umstände, wodurch die Schmerzen gelindert werden? (Bsp. bestimmte Tageszeiten, Stehen, Liegen, Sitzen, Gehen, bestimmtes Wetter, kalte oder warme Anwendungen, Druck)

E55) Besteht eine Neigung zur **Bänderschwäche**? (häufiges Umknicken)

E56) Treten irgendwo an den Extremitäten Schwellungen auf? (Bsp. Gelenke wie Hand- oder Fußknöchelgelenk u.a.)

E57) Leiden Sie an **kalten Händen oder Füßen**?

- E58) a) Gibt es andere **Missempfindungen** an Händen, Füßen oder anderen Körperregionen? (Bsp. Kribbeln, Taubheit, Hitzegefühl, Schwellungsgefühl, Einschlafen, Schwere, Schwächegefühl, Lähmigkeit, Steifigkeit)
- b) Gibt es etwas, was zur Besserung dieser Missempfindungen führt? (Herabhängen oder Hochheben der Gliedmaßen, kalte Anwendungen, Wärme)

E59) Leiden Sie öfter an **Wadenkrämpfen** oder anderen **Muskelkrämpfen**?

E60) Haben Sie irgendwo **geschwollene Drüsen**, Bsp. am Hals, in den Achselhöhlen, in den Leisten, in der Brust?

Falls ja, wie sind diese Drüsenschwellungen? (Bsp. schmerzhaft, groß, klein, hart, weich, heiß, kalt u.a.)

E61) Haben Sie **Krampfadern** an den Beinen, auf der Bauchdecke oder an anderen Körperstellen)

E62) Gibt es Auffälligkeiten Ihrer **Finger- oder Fußnägel?** (Verdickung, Rissigkeit, Verfärbung, Brüchigkeit, starke Rillen, Flecken u.a.)

HAUT allgemein

E63) Gibt es allgemein Auffälligkeiten in der **Beschaffenheit** Ihrer Haut, soweit noch nicht an anderer Stelle erwähnt? (Bsp. Trockenheit, Feuchtigkeit, Temperatur, Farbe, Festigkeit, Schwielen, Eiterungen, Schuppenbildung u.a.)

E64) Gibt es irgendwo an Ihrer Haut Ausschläge, Geschwüre, Frostbeulen, Flecken, Hühneraugen, Warzen, Abszesse oder andere **Hautveränderungen?**

a) Wo sind diese lokalisiert?

b) Falls Sie unter einem Hautausschlag leiden: Geht der Ausschlag mit Absonderungen einher? Wie sind diese beschaffen?