

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, umso 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, Drüenschwellungen, 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) Wogegen und wann wurden Sie geimpft? (evtl. im Impfbuch nachschauen oder mitbringen)

a) 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 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, Blasenentzündung, Magen/Darmbeschwerden u.a.)

C) ALLGEMEINE FRAGEN

C1) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit, wogegen, seit wann, wieviel?

(Bitte alle Medikamente aufführen, 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 Gewichtsverminderungen 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

b) 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, Gebirge, Wüste, Flachland, Tropen, 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.a.)

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 ein 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) **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? Wie fühlen Sie sich im**

allgemeinen nach dem Erwachen? (bsp. ausgeruht, noch müde, gereizt, verschlossen, mürrisch, schläfrig u.a.)

C58) **Gibt es Tätigkeiten die sie auffällig ermüden?** (außer diesem Fragebogen)?

(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) 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, rauh, 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 befinden, u.a.)

C68) 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) Gibt es Probleme oder Auffälligkeiten beim Stuhlgang? (Durchfall, Verstopfung, Krämpfe, Schmerzen, erfolgloser Drang, plötzlicher Drang, starker Windabgang dabei u.a.)

a) 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, bleisstiftdünn, 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? Seit wann?

a) 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, wo 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:

a) Welche (mind. 5) guten Eigenschaften würden Sie sich zuschreiben?

b) Welche (mind. 5) schlechten Eigenschaften würden Sie sich zuschreiben?

c) Welche Eigenschaften schätzen andere an Ihnen besonders?

d) Welche Eigenschaften mögen andere an Ihnen nicht?

e) 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?

DU) 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, Wilder Spruch, 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?**

a) **Welche Musik mögen Sie gerne?**

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

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

a) Gibt es Beschwerden oder Gemütsveränderungen nach sexuellem Verkehr?

(bsp. Kreuzschmerzen, 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 Hobbies?

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, Lidzwickern, 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. Ohrenschmerzen, verstärkte Ohrenschmalzabsonderung, andere Absonderungen, Juckreiz u.a.)

E12) Gibt es Beeinträchtigungen Ihrer Hörfähigkeit?

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

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

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, Zusanmenkrümmen, 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, Firstelbildung, 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) Gibt es andere Mißempfindungen an Händen, Füßen oder anderen

Körperregionen? (bsp. Kribbeln, Taubheit, Hitzegefühl, Schwellungsgefühl, Einschlafen, Schwere, Schwächegefühl, Lähmigkeit, Steifigkeit)

a) **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?**

a) **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?**