

FRAGEBOGEN

Wichtiger Hinweis an Sie, lieber Patient

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgsam aus. Nehmen Sie sich Zeit. Auch frühere Krankheiten sind wichtig. Geben Sie bei jeder Beantwortung die Modalität an: *Was, wo, wohin, wann, seit wann, wie lange, wie, wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst?*

Wenn bei den angeführten Beispielen für Sie eines in Frage kommt, dann unterstreichen Sie es und geben am Rand die nötigen Erläuterungen.

Die Beispiele sollen nur Anregungen für Sie sein; wenn etwas nicht vorkommt, dann schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten.

Ihre persönlichen Daten

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Beruf: _____ geb. am: _____

Email: _____ Krankenversicherung: _____

Ich habe die auf der Seite 9 aufgeführten Preise der Patientenvereinbarung gelesen und akzeptiert.

Name, Datum Unterschrift

Hinweis

Aufgrund der schleppenden Zahlungsmoral, werden wir die homöopathischen Mittel bei der Erstanamnese nur noch gegen Barzahlung abgeben. Termine, die nicht rechtzeitig binnen 24 Stunden vorher, abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.

Meine Frage Ihre Antwort

1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. was, seit wann,

wo, wie,

zu welcher Zeit,

wodurch besser oder schlechter,

wodurch ausgelöst usw.?

Sind von Ärzten schon Diagnosen gestellt worden und welche?

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

2. Familienvorgeschichte:

Gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Großonkel, Großtanten, Geschwister) irgendwelche Krankheiten? z.B. Krebs, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Epilepsie, Multiple Sklerose?

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern?

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihrem Vater bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihrer Mutter bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihren Großeltern bekannt?

3. Eigene Vorgeschichte:

Welche Krankheiten haben Sie durchgemacht? z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Anginen, Bronchitis, Grippe, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Pilze) ?

Mit welchen Hauterkrankungen hatten Sie zu tun? z. B. Ekzeme, Akne, Herpes, Warzen oder anderes?

Welche **Impfungen** haben Sie bekommen und wie haben Sie sie vertragen? z.B. Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung, Tuberkulose oder andere?

Gab es bei Ihnen in den folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Erscheinungen oder gibt es sie noch? Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Asthma, Magen, Darm, Nierenentzündung, Nierensteine, Blase, Eierstock, Gebärmutter, Prostata, Gelenke, Wirbelsäule, Blut (z. B. Anaemie, Blutwerte), Drüsen, Rheuma, Gicht, Nerven, Gemüt.

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

Welche Verletzungen hatten Sie?

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

4. Allgemeine Symptomatik:

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

Welche Jahreszeit gibt es, in denen es Ihnen schlechter geht?

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

Sind Sie wetterempfindlich, z.B. Wetterwechsel, Regen, Gewitter, Föhn, feuchtwarmes Wetter, naßkaltes Wetter, Zugluft usw.?

Wo, und wie und was werden dadurch gestört?

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

Wie vertragen Sie Wärme? z.B. Sonne, Hitze, usw.?

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

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen immer warm?

Wie ist Ihre Wärmeregulation? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt, der andere warm, hitzig. Machen Sie nähere Angaben!

Wie schwitzen Sie? z.B. leicht, gar nicht, bei Aufregung, warm, kalt, klebrig, übelriechend, tagsüber, abends, nachts?

Wie steht es mit Ihrem Schlaf?

z.B. kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde, Schlafwandeln, unruhig, aufschreien, reden, Lage: 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 Erscheinungen gestört?

z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Träume usw.?

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

Wie vertragen Sie Bahn-, Auto-, Schiffs- oder Flugreisen?

Bei welchen Gelegenheiten sind Sie ohnmächtig geworden?

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

Bekommen Sie leicht „blaue Flecke“?

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

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

Wo gibt es auffällige Empfindungen? z.B. Ameisenlaufen, Taubheit, Kribbeln, Jucken, 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. Liegen, Gehen, Stehen, Laufen, 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 usw.?

Gibt es bei Ihnen Unlust, Abneigung gegen Geschlechtsverkehr, gesteigerten Geschlechtstrieb, kein Orgasmus, Onanie

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. Kopfschmerzen:

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

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

Ohren: auch Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, Hören.

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

Mund: z.B. Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluß, Geschwüre (Aphthen), Zahnfleisch, Zähne, Zahnungsschwierigkeiten als Kind, schlechte Zähne, Amalgamfüllungen usw.

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

Brüste: z. B. Knoten in der Brust, Schwellungen oder Schmerzen vor der Regel usw.

Magen: Schleimhautentzündung, „empfindlicher Magen“ usw.

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

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

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/Wein

Milch

Kaffee

kalte Getränke

warme Getränke

Brot/Butter

Fette Speisen

Fisch

Fleisch

Geräuchertes

gut gewürzte Speisen

Gemüse

Tabak

Eis

Eier

Käse

Obst

Salate

Salziges

Saures

Süßigkeiten

Zwiebeln

Wie ist Ihr Durst? z.B. groß, klein, lieber warm oder kalt

Welche Bauchbeschwerden kennen Sie und wann: z. B.

Stuhlgang: z. B. täglich, jeden Tag, normal, Verstopfung, Durchfall, Würmer, morgens, mittags, abends, nachts, hell, dunkel, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, schafkotartig, hart, trocken, breiig, schmerzhaft, drängend, dranglos, Drang ohne Erfolg, krampfartig, zurückschlüpfend, Hämorrhoiden usw.

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

Harnentleerung: z.B. normal, viel, wenig, häufig, hell, dunkel, übelriechend, schmerzhaft, muß warten, bis er kommt, plötzlicher Harndrang

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?

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, weiß, gelb, braun, blutig, schleimig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übelriechend,

Menstruation

Nehmen Sie die „Pille“?

Wann hatten Sie Ihre erste 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, übelriechend usw.

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

Gab es jemals Eierstockzysten, Myome, Feigwarzen, Veränderungen im Genitalbereich oder Unterbauch?

Gliedmaßen:

Gibt es etwas Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nägeln?

Leiden Sie unter irgendwelchen Gliederschmerzen oder Rückenschmerzen oder anderen Krankheiten im Rückenbereich?

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?

6. Gemütssymptomatik:

Hat sich in der letzten Zeit etwas in Ihrer psychischen 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, Selbstmordgedanken, Selbstmordversuche, 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, , Konzentration, usw.

Wie steht es mit Unruhe, 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 unbedingt verbergen möchten?

Patientenvereinbarung und Kostenübersicht

Erstanamnese (1,5-3 Stunden mit Auswertung)

Neben der chronologischen Auflistung der Erkrankungen, der Familienanamnese und der individuellen Symptomatik wird das passende, individuelle homöopathische Arzneimittel gefunden. Homöopathische Arzneien der Erstanamnese werden in der Regel kostenlos abgegeben.

Gesetzlich versicherte

die das Honorar von ihrer Krankenkasse nicht zurückerstattet bekommen und daher keine Rechnung benötigen. Quittungen, zum Beispiel für das Finanzamt, werden kostenlos erstellt:

Erwachsene 150 € (Sie erhalten eine Quittung bei Barzahlung)

Kinder 120 € (Sie erhalten eine Quittung bei Barzahlung)

Privat- oder Zusatzversicherte

die entweder privat versichert sind oder eine Zusatz- oder Beihilfeversicherung haben und daher eine ausführliche Rechnung benötigen. Der Kostenaufschlag von 15 Euro gegenüber den Selbstzahlern ist eine Pauschalgebühr für den erhöhten Verwaltungsaufwand:

Erwachsene 165 € (Sie erhalten eine Rechnung mit Gebührenschildern, Barzahlung)

Kinder 135 € (Sie erhalten eine Rechnung mit Gebührenschildern, Barzahlung)

Folgebehandlungen

Generell gelten in der Homöopathie große Abstände von mehreren Wochen/Monaten. Telefonische Beratungen (ohne Mittelwahl) sind im Rahmen einer Behandlung kostenfrei.

Nachfolgetermine/Telefontermine 20-50 min 20-60 €

Impfberatung während homöopathischer Behandlung Beratungshonorar

für 1-2 Impfstoffe 40 €

für 3-4 Impfstoffe 60 €

5 und mehr 70 €

eine sich aus der Beratung ergebende Arzneimittelwahl ist im Beratungshonorar enthalten!

Sonstige Leistungen

Allergietest 80 €
mit individueller Erläuterung der Testergebnisse.
Es werden ca. 100 Substanzen getestet

Parasitentest für Kinder 60 €
mit individueller Behandlungsempfehlung

Ich habe die aufgeführten Preise der Patientenvereinbarung gelesen und akzeptiert.

Name, Datum Unterschrift

Hinweis

Aufgrund der schleppenden Zahlungsmoral, werden wir die homöopathischen Mittel bei der Erstanamnese nur noch gegen Barzahlung abgeben. Termine, die nicht rechtzeitig binnen 24 Stunden vorher, abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.