**Fragebogen zur Homöopathischen Behandlung Homöopathische Heilpraxis Maik Aschenbrenner**

Name:

Vorname:

Geb:

Anschrift:

Tel. , E-Mail:

Beruf:

Medikamente:

Bitte schildern sie ausführlich Ihre Hauptbeschwerden, wann und wodurch begannen sie, was passierte im Leben zu dieser Zeit, zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden auf, welche Uhrzeit, wodurch werden sie besser, wodurch schlechter, gibt es Begleitbeschwerden, d.h. Beschwerden die auch zeitlich die aktuellen Hauptbeschwerden begleiten, gibt es Nebenbeschwerden, d.h. Beschwerden die neben diesen auch schon vielleicht länger da sind?

Gibt es an Ihrem Körper Anomalien, Fehlbildungen, z.B. an inneren Organen oder vielleicht zusammengewachsene Zehen, Zahnveränderungen oder Ähnliches?

Hatten Sie in Ihrem Leben einmal eine Geschlechtskrankheit, Tuberkulose, Malaria, Malariaprophylaxe, Bluttransfusion, Krebserkrankung?

Haben Sie eine Impfung schlecht vertragen, Fieber oder starke Schwellung an der Impfstelle oder ist die Impfung nicht angegangen?

Hatten Sie einmal eine Kinderkrankheit als schon Erwachsener oder haben Sie auf Ihrer Körperhaut einen Cafe´au lait Fleck- inselförmige Pigmentierung bräunlich, der sonst normal farbigen Haut?

Bitte zeichnen Sie einen Familienstammbaum bis zu Ihren Großeltern und Geschwistern und tragen die Krankheiten aller Personen ein, die Ihnen bekannt sind.

Bitte zeichnen Sie einen Zeitstrahl von Ihrer Geburt bis zum jetzigen Lebensalter und zeichnen chronologisch aller Krankheiten ein, die es in Ihrem Leben gab, alle die Ihnen bekannt sind, bitte auch den zeitlichen Verlauf von Lebensalter bis Lebensalter. Bitte auf einem Extra Din A4 Blatt.

Allgemeinsymptome.

Gibt es bei Ihnen ein tageszeitliches Tief, mit Verschlechterung Ihrer Symptome?

Gibt es im Jahresvelauf eine Jahreszeit mit verstärkten Symptomen?

Gibt es Wettersituationen, die Ihre Symptome deutlich verschlechtern? Feuchtwarm, Nasskalt, Wind, Zugluft, Gewitter, Wetterwechsel?

Verschlechtert langes sitzen, stehen, liegen ihre Beschwerden, was am meisten?

Wie können Sie direkte Sonneneinstrahlung vertragen?, Leiden Sie unter Sonnenallergie ? Wie reagieren Sie in überheizten Räumen?

Wie ist Ihre Körperwärme, frösteln Sie schnell, haben Sie einen Mangel an Lebenswärme, oft kalte Hände, Füße, empfindlichen Kopf, Hals, Ohren?

Ist Ihr Schlafzimmerfenster nachts offen, die Heizung an, sind ihre Füße zu oder aufgedeckt?

Werden Ihre Füsse im Bett unter der Decke so heiss, dass Sie sie herausstrecken müssen?

Wie ist Ihr Schlaf, können Sie gut ein und durchschlafen, gibt es eine Zeit zu der Sie immer wieder erwachen, schwitzen sie stark im Schlaf, knirschen sie mit den Zähnen, gibt es körperliche Symptome, die den Schlaf stören? Läuft Speichel aus Ihrem Mund auf das Kopfkissen im Schlaf, gibt es einen sich wiederholenden Traum, gibt es eine spezielle Schlaflageposition, die sie immer wieder einnehmen?

Schwitzen Sie eher schnell oder langsam, an einer bestimmten Körperstelle, ist der Schweiß auffällig durch den Geruch, färbt er Ihre Wäsche mit Ablagerungen oder Rändern?

In welchem Lebensalter bekamen Sie das 1. Mal die Menstruation, nehmen Sie eine Anti Baby Pille?, wurden Sie sterilisiert, ist Ihre Menstruation regelmäßig, schwach, stark, auffällig durch die Art der Blutung, hell, dunkel, klumpig, Geruch, starke Schmerzen dabei begleitende Beschwerden in anderen Körperregionen, im Gemütsbereich, Schwangerschaften, Aborte, Menopause wann?

Haben Sie eine gute Heilhaut, gibt es Verletzungsfolgen, Narben, die Ihnen noch Beschwerde bereiten, hatten Sie Warzen, welche Form, wo am Körper, wie wurden diese behandelt, hatten Sie einmal einen Hautausschlag am Körper- Ekzem, Urtikaria, Neurodermitis, Psoriasis, wie wurde dieser behandelt?

Auf einer Skala von 1- 10 Batterie voll bei 10 leer bei 1, wieviel Punkte Energie würden Sie sich in den letzten drei Monaten durchschnittlich geben?

Wie vertragen Sie Autoreisen, Schiffs oder Flugzeugreisen, leiden sie unter Übelkeit, erbrechen in diesen Situationen…?

Kopf bis Fuß:

Kopf- Hatten Sie häufig Kopfschmerzen, Migräne?

Kopfhaut, Haare- Hatten Sie Probleme mit zu trockenen, fettigen, gespaltenen Haaren, verklebten Haaren, Schuppenbildung, Haarausfall feckweise, generalisiert, mit einem Hautausschlag der Kopfhaut, sehr viel Milchschorf?

Gesicht- Gibt es in Ihrem Gesicht öfter Auffälligkeiten wie sehr tief liegende Augenringe, Schwellungen der Ober oder Unterlider oder zwischen den Augen, Gerstenkörner, Lippenherpes, Mundwinkelrisse?

Augen- Wie ist der Zustand Ihrer Augen, die Sehrkraft- Kurz, Weitsichtig, gibt es häufige Bindehautentzündungen, entzündete, verklebte Augen, eine besondere Lichtempfindlichkeit, schielen, Juckreiz?

Ohren Wie ist Ihr Gehör, sind sie sehr schreckhaft, sehr geräuschempfindlich, gibt oder gab es viele Mittelohrentzündungen?

Nase-Leiden Sie unter Heuschnupfen, vielen Nasennebenhöhen, Stirnhöhlenerkrankungen, sehr viel niesen, Verstopfung der Nase auch nachts im Schlaf, Polypen, sind Sie sehr Geruchsempfindlich?

Mund- Gibt es in Ihrem Mund öfter Scheimhautentzündungen, Aphten, Stippchenbildung, Mundsoor, leiden Sie unter starkem Mundgeruch, wie ist Ihr Geschmackssinn? Beissen Sie sich oft von innen in die Wangen?

Zähne- In welchem Zustand sind Ihre Zähne, gibt oder gab es viel Karies, Wurzelentzündungen, Amalganfüllungen, viele tote Zähne, sind alle Zähne angelegt, wie ist der Zustand der Weisheitszähne, gibt es beim Zähneputzen viel Zahnfleischbluten?

Hals, Kehlkopf- Leiden sie öfter unter Heiserkeit, Schluckbeschwerden, ist Ihre Schildrüse gesund?

Herz- Leiden Sie unter hohem Blutdruck, Herz Kreislauf Krankheiten, Herzrasen, Herzschlagunregelmäßigkeiten?

Leiden Sie oft unter Husten, Bronchitis, sind Sie Asthmatiker, hatten Sie schon einmal einen Lunge- Lungenenzündung, ein Emphysem?

Gab es an Ihrer weiblichen Brust Entzündungen, Knotenbildung, Zystenbildung, eingezogene Brustwarzen, Verletzungen, Prellungen? Andere Beschwerden?

Magen- Leiden Sie oft unter Magenbeschwerden, Krämpfen, Schmerzen, Druck, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Magengeschwüren, chronischer Gastritis, Refluxkrankheit, Roehmheldsymdrom?

Wie ist Ihr Appetit? Gibt es eine Lieblingsspeise, eine starke Abneigung gegen eine Speise, Heißhunger, fehlenden Appetit, wie regieren Sie auf fasten, gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten, ihr dominates Speiseverlangen- süss, sauer, salzig, scharf, wie vertragen Sie Milch, Milchprodukte, haben Sie ein starkes Verlangen danach, Kaffee, Tee, Cola, Eis, Alkohol?, Tabak, Drogen?

Durst- Wenn Sie nur nach dem Gefüh gehen, haben Sie eher viel oder wenig Durst, auf welche Getränke besonders?

Darm- Wie ist Ihr Stuhlgang, Konsistenz, Form, Farbe, Regelmässigkeit, Neigung zu Durchfall, Versopfung, Darmkrankheiten?

Darm- Gibt es am Darmausgang öfter Hämorrhoidenbildung, Blutungen, Fisteln, Fissuren, wunde, feuerrote Stellen?

Blase, Niere- Leiden sie oft unter Blasenentzündungen, wie oft müssen Sie Urin lassen, ist der Urin in Farbe, Geruch, Konsistenz, Häufigkeit irgendwie auffällig, ist der Strahl auffällig, sind die Empfingungen beim urinieren auffällig, z.B. viel brennen, gab es bei Ihnen Nieren oder Nierenbeckenentzündungen, Krankheiten, Nierensteine?

Genitalien- Sexualität- Gab es bei Ihnen Geschlechtskrankheiten, einen permanenten Ausfluss, vielleicht auch schon als kleines Kind, Juckreiz im Genitalbereich, viel Pilzerkrankungen dort, Kondylome- Feigwarzen, eine besondere Trockenheit oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Impotenz, fehlendes Verlangen?

Rücken, Gelenke, Extremitäten- Wie ist der Zustand Ihrer Wirbelsäule, Gelenke, gibt es häufig Wadenkrämpfe, Taubheitsempfindungen, Einschlafempfindungen, Krampfaderbildung, Ischialgie?

Nägel- Wie ist der Zustand Ihrer Nägel, eingewachsene Nägel, oft Nagelbettentzündung, flecke, gespalten, brüchig, weiße Flecke, Pilz?

Gibt es an Ihren Fersen oder an den Fingerspitzen oft Rissbildung, sehr trockene Haut?

Gemüt, Charakter:

Haben Sie in Ihrem Leben bereits einmal eine Psychotherapie durchlaufen, falls ja warum?

Wie ist Ihr Lebenstempo, sind sie eher schneller oder eiliger als andere Menschen?

Weinen Sie leicht, schnell, in welchen Situationen?

Weilche Umstände machen Sie eifersüchtig?

Gab es einen großen Kummer in Ihrem Leben, der eventuell auch körperliche Probleme verursacht hat?

Leiden Sie unter Erwartungsspannungen, Prüfungsangst, Lampenfieber?

Haben Sie einen Mangel an Selbstwert oder Selbstbewußtsein?

Welche Umstände machen Ihnen Angst, Furcht, Dunkelheit, Höhe, allein sein, Menschenmengen, Fahrstühle, Fliegen, Hunde……

Wenn es Ihnen nicht gut geht und Sie werden getröstet, ist das hilfreich oder möchten Sie das Problem lieber allein mit sich ausmachen??

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit, was möchten Sie im Idealfall arbeiten?

Mögen sie und können Sie die Gesellschaft anderer Menschen geniessen oder sind Sie lieber für sich allein?

Sind sie ein eher milder Mensch oder eher geizt, zornig?

Sind Sie eher geschwätzig, eher ruhig, verschlosssen?

Sind Sie eher optimistisch, eher pessimistisch?

Sind sie in Ihrer Arbeit peinlich genau, sehr ehrgeizig, gewissenhaft?

Ergänzungen: