



Der Zweck dieses umfangreichen Fragebogens liegt darin, möglichst viele Informationen zu sammeln, denn sie sind in einem Erstgespräch möglicherweise in ihrer Fülle nicht erfassbar.

Manchmal braucht es auch einfach ein wenig Zeit sich genau zu überlegen, wie ist das eigentlich wenn ich zum Beispiel Bauchschmerzen habe: was tut mir dann gut – was mag ich gar nicht – wie sind die Schmerzen genau – von „wo nach wo“ erstrecken sich die Schmerzen eigentlich – sind sie brennend oder stechend.... usw.

So manch eine Frage ist oft schwer spontan zu beantworten.

Ein klassischer Homöopath würde beispielsweise bei einer Gastritis, die nach Kummer entstanden ist, ein anderes Heilmittel wählen, als wenn eine Gastritis, die in Kombination mit Herzbeschwerden auftritt, und/oder mit Blähungen (Roemheld) einhergeht, und/oder nach Stress auftritt. usw. Auch die Schmerzqualität ist nicht bei jedem Schmerz im Bauch gleich; den einen zwickt es – den anderen sticht es – den dritten brennt es oder es krampft sich zusammenusw.

Dazu kommt bei genauerer Betrachtung noch der Umstand, dass selbst wenn 2 Menschen die selbe Diagnose haben- so gehen sie doch oft unterschiedlich damit um. Ihre Empfindungsebene ist fast immer unterschiedlich, und damit ist sie sehr individuell.

Manchmal bringt selbst eine kleine Erkältung sehr viel Unruhe in einen Menschen, und ein anderer hat eine sehr schwere Diagnose und verliert nie die Hoffnung. Der eine gibt schnell auf, der andere kämpft und der dritte ist geschockt.

Addieren wir all diese sehr persönlichen Ausdrucksformen einer Erkrankung, dann erkennen wir, dass klassisch homöopathisch gesehen die Diagnose zwar wichtig und auch ein Teil des ganzen sind, aber eben nur ein Teil. Sie sind für die Findung des richtigen Heilmittels hilfreich und prognostisch wichtig, aber nicht alleine weiterführend. Erst durch die genaue Beschreibung all dieser persönlichen Empfindungen ist eine Logik zu erkennen – so etwas wie einen roten Faden - und zeigt meist das Ganze und so sich der Ansatz zum persönlichen Heilmittel öffnet.

All dies ist in einem Erstgespräch nicht zu erfassen. Aus diesem Grund dürfen sie mir so viel niederschreiben wie sie mögen, denn je mehr persönliche Informationen ich habe desto klarer kann ich den Weg erkennen. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen – fügen sie einfach ein neues Blatt hinzu, oder nehmen Sie die Rückseite und verweisen mit einem Pfeil dahin. Sollten Sie zu einer Beschwerdeguppe nichts an sich selbst beobachtet haben – oder nichts darüber wissen – und/oder nichts dazu sagen möchten, so überspringen Sie diese Frage einfach.

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



BITTE
IHR FOTO
EINFÜGEN

PATIENTENDATEN - *(bitte legen sie ein Farbfoto von sich anbei)*

NAME **VORNAME**

GEBURTSDATUM **GEBURTSZEIT** * (OPTIONAL - WENN BEKANNT) + **ORT**
- - in

STRASSE **NR.** **PLZ** **ORT**

TELEFON BÜRO **TELEFON MOBIL**

TELEFON PRIV. **E-MAIL**

Größe **Gewicht** **Haarfarbe** **Augenfarbe**



AKTUELLE BESCHWERDEN / HAUPTBESCHWERDEN

Wegen welchen Beschwerden und Symptomen suchen Sie mich auf. Was haben Sie bisher dafür schon unternommen (Behandlungen usw.). Was glauben sie ist die Ursache für diese Beschwerden.

Sind die **HAUPT - BESCHWERDEN** aufgrund einer Lebenssituation entstanden oder einer emotionaler /psychischer Natur - so beschreiben Sie mir bitte, wann diese begannen – wie sich das anfühlt - woran es Sie hindert und wo glauben Sie das Handlungsbedarf besteht.

Bemerkungen

AKTUELLE MEDIKAMENTENEINNAHME UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

-
-
-
-
-
-
-

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

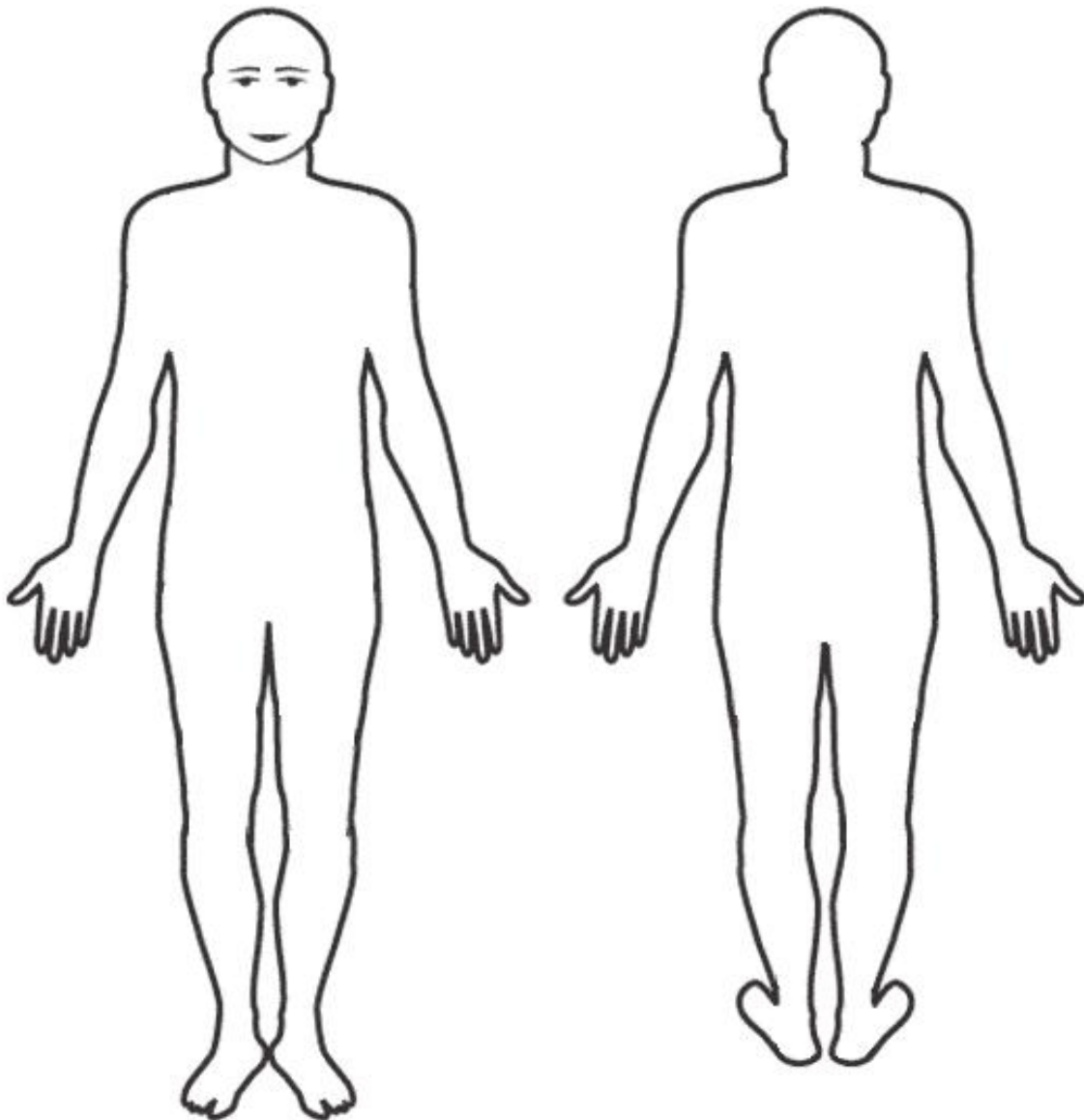
Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



Sind die **HAUPT - BESCHWERDEN** körperlicher Natur, dann zeichnen sie bitte genau ein wo diese liegen und von wo nach wo sie sich gestalten.





BESCHREIBUNG

Wann, wie und wo genau spüren / empfinden Sie diese und wodurch werden die Beschwerden gebessert oder verschlechtert. Kennen Sie die Ursache und/oder wann hat diese begonnen – oder warum glauben Sie diese zu haben?

•



FAMILIENGESCHICHTE

Welche schweren Leiden oder Erkrankungen haben die Eltern /Großeltern durchgemacht und/oder woran sind Sie gestorben. Gab es in Ihrer Familie irgendwelche auffallenden Besonderheiten / tragische Umstände / Schicksalhaftere oder wiederholen sich immer wieder bestimmte Inhalte oder Erkrankungen?

Bitte benennen sie alle Erkrankungen wie

...z.B. Erbleiden – Gemütskrankung / Nervenerkrankung – Selbstmord – Kinderlosigkeit – Krebserkrankung – Suchterkrankung – Steinleiden – Gicht – Epilepsie – Allergien – Hautleiden – Lungenkrankheiten (auch TBC) – Herz-Kreislaufkrankung – Gefäßerkrankung – Stoffwechselerkrankung – angeborene Missbildungen – usw.

MUTTER

VATER

•

•

GROßELTERN

GROßELTERN

•

•



FAMILIENGESCHICHTE

Wie viele Geschwister haben Sie - inkl. derer die evtl. schon verstorben sind.

An welcher Stelle stehen Sie in der Geschwisterreihe (kennzeichnen Sie diese bitte mit SELBST). Gab es unter Ihnen schwere Leiden – oder Erkrankungen? Hatte Ihre Mutter eine Fehlgeburten/Totgeburt, usw.

BESCHREIBUNG

NR.	BRUDER/SCHWESTER	ALTER	LEBEN / TOD	BEMERKUNG
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PERSÖNLICHE GESCHICHTE

ÜBER IHRE GEBURT UND/ODER SCHWANGERSCHAFT IHRER MUTTER

Sind Ihnen körperliche oder emotionale Probleme bekannt, die ihre Mutter während ihrer Schwangerschaft oder ihrer Geburt hatte?

BESCHREIBUNG

•



WACHSTUM UND ENTWICKLUNG

Sind Ihnen Besonderheiten oder Probleme Ihrer Wachstums- und Entwicklungsphase bekannt? Wie verliefen die Phasen: Zahnung – sitzen lernen - laufen lernen – sprechen lernen. Gab es Besonderheiten in diesen Bereichen. Haben Sie im Bereich der Nahrungsmittel Verlangen oder Abneigungen?

BESCHREIBUNG

-

TIERBISSE

Sind Sie jemals von einem Tier (Katze – Hund – Ratte – Schlange – Skorpion usw. gebissen worden. Wenn ja: von welchem - mit welchen Konsequenzen oder Komplikationen?

BESCHREIBUNG

-



IMPFUNGEN UND INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hatten Sie eine der nachfolgenden Infektionskrankheiten und/oder wurden Sie geimpft und gab es irgendwelche Reaktionen (wie Fieber – Schwellungen – Hautausschläge oder sonstige Beschwerden oder Folgeerkrankungen?).
Sollten sie hierzu keine Unterlagen oder Erinnerungen haben - gehen Sie einfach zum nächsten Punkt über.

ALTER IMPFUNG UND REAKTIONEN / BESCHWERDEN

REAKTION:

	1. Impfung : Diphtherie – Tetanus – Pertussis (DtaP) und Hämophilus influenzae Typ b (Hib) und Poliomyelitis (IPV) und Hepatitis B (HB) – Impfungen erfolgen meist mit vollendetem 2. Lebensmonat	
	2. Impfung : Diphtherie – Tetanus – Pertussis (DTaP) – Impfungen erfolgen meist mit vollendetem 3. Lebensmonat	
	3. Impfung : Diphtherie – Tetanus – Pertussis (DTaP) und 2. Impfung Hämophilus influenzae Typ B (Hib) und 2. Impfung Poliomyelitis (IPV) und 2. Impfung Hepatitis B (HB) – Impfungen erfolgen meist mit vollendetem 4. Lebensmonat	
	4. Impfung: Diphtherie – Tetanus – Pertussis (DtaP) und 3. Impfung: Hämophilus influenzae Typ B (Hib) und 3. Impfung: Poliomyelitis (IPV) und 3. Impfung Hepatitis B (HB) – 1 Impfung: Masern -Mumps – Röteln (MMR) und 1. Impfung Varizellen (V) – diese Impfungen erfolgen meist mit vollendetem 11. bis 14. Lebensmonat	
	2. Impfung: Masern -Mumps – Röteln für alle Jugendlichen, die bisher nicht geimpft wurden und/oder Komplettierung des Impfschutzes (MMR) . Impfung erfolgt meist mit vollendetem 11. bis 14. Lebensmonat	
	Auffrischungsimpfung - Diphtherie und Tetanus (DT) – diese Impfungen erfolgen meist mit vollendetem 15. bis 23. Lebensmonat	
	Auffrischungsimpfung - Diphtherie – Tetanus – Pertussis (Ddt) und Auffrischungsimpfung – Pertussis (aP) und Auffrischungsimpfung - Poliomyelitis (IPV) und/oder Komplettierung des Impfschutzes gegen Hepatitis B (HB) , für alle Jugendlichen, die bisher nicht geimpft wurden und/oder Komplettierung des Impfschutzes gegen Masern – Mumps – Röteln (MMR) für alle Jugendlichen, die bisher nicht geimpft wurden und/oder Komplettierung des Impfschutzes und/oder Varizellen (V) – Impfung bei bisher ungeimpften ohne Varizellen Anamnese – diese Impfungen erfolgen meist vollendetes 9. bis 17. Lebensmonat	
	Cholera - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- bei Aufenthalt in Ländern mit schlechter Hygiene und/ oder wenn es bei Einreise oder Transit verlangt wird)	
	Diphtherie - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- wenn kein ausreichender Impfschutz besteht und/oder regionalen Krankheitsausbrüchen bzw. Reisen in Infektionsgebiete)	



IMPFUNGEN UND INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hatten Sie eine der nachfolgenden Infektionskrankheiten und/oder wurden Sie geimpft und gab es irgendwelche Reaktionen (wie Fieber – Schwellungen – Hautausschläge oder sonstige Beschwerden oder Folgeerkrankungen?).
Sollten sie hierzu keine Unterlagen oder Erinnerungen haben - gehen Sie einfach zum nächsten Punkt über.

ALTER IMPFUNG UND REAKTIONEN / BESCHWERDEN

REAKTION:

	FSME - (Frühsommermeningoencephalitis) - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein in regionalen Risikogebieten mit hohem Zecken /Holzbock Vorkommen)	
	Gelbfieber - (Impfung kann empfohlen und/oder war obligat und wurde vollzogen vor Einreise nach tropischen Länder wie Südamerika, Afrika, usw.)	
	Hepatitis A - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein bei Personen mit erhöhter Gefährdung wie medizinischem Personal usw. und/oder als Reisevorbereitung in Länder mit schlechter Hygiene)	
	Hepatitis B - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein bei Personen mit erhöhter Gefährdung wie medizinischem Personal usw. und/oder als Reisevorbereitung in Länder mit schlechter Hygiene bzw. längere Aufenthalte in Fernost – Afrika usw.)	
	Influenza - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein bei älteren Menschen – chronisch Kranken und/oder geschwächter Abwehrlage – sowie Epidemien.)	
	Meningokokken Infektion: (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein bei Personen mit erhöhter Gefährdung durch Aufenthalte in Gebieten wie Südamerika – Asien – Sahelzone usw.)	
	Pneumokokken Infektion - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein bei älteren Menschen – chronisch Kranken und/oder geschwächter Abwehrlage)	
	Poliomyelitis - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- bei gefährdeten Personen – Polio Ausbrüchen – oder Menschen mit unzureichendem Impfschutz)	
	Tetanus - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- bei mangelndem Impfschutz und/oder nach Verletzungen)	
	Tollwut (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- bei gefährdeten Personen wie Jäger, Tierärzten und/oder nach Kontakt mit tollwutverdächtigen Tieren)	
	Tuberkulose	
	Typhus - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein- bei Aufenthalt in Ländern mit schlechter (Lebensmittel) Hygiene)	
	Windpocken - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein - bei Personen mit Abwehrschwäche oder Leukämie)	



IMPFUNGEN UND INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hatten Sie eine der nachfolgenden Infektionskrankheiten und/oder wurden Sie geimpft und gab es irgendwelche Reaktionen (wie Fieber – Schwellungen – Hautausschläge oder sonstige Beschwerden oder Folgeerkrankungen?).
Sollten Sie hierzu keine Unterlagen oder Erinnerungen haben - gehen Sie einfach zum nächsten Punkt über.

ALTER	IMPfung UND REAKTIONEN / BESCHWERDEN	<u>REAKTION:</u>
	Röteln - (Impfung kann empfohlen oder vollzogen worden sein - bei allen ungeimpften – die in der Geburtshilfe, Kinder oder Säuglingspflege arbeiten oder seronegative Frauen mit Kinderwunsch)	
	SONSTIGE	
	IMPfREAKTION - BESCHREIBUNG	

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



FAMILIENSTAND

ANZAHL DER KINDER

Wie viele Kinder haben Sie (inkl. derer die evtl. schon verstorben sind). Gab es unter Ihnen schweren Leiden, Erkrankungen / Missbildungen? Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

BESCHREIBUNG

Nr.	Sohn / Tochter	Alter	Leben / Tod	Bemerkung
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ANMERKUNGEN



LEBENSGEWOHNHEITEN

Konsumieren Sie gewohnheitsmäßig (was – wie viel – oder nicht mehr – seit wann usw.) nachfolgende Dinge:

RAUCHEN	TABAK	TEE	KAFFEE	ALKOHOL	DROGEN	SONSTIGES

Beschreiben Sie mir bitte Ihr gewöhnliches Tagesprogramm. Wie ist Ihr gewöhnliches Tagesprogramm. Wann stehen Sie auf – wie läuft ein gewöhnlicher Tag (mit welchem Beruf - Aktivität - Ruhepausen - Vergnügen und Erholung - usw.) und wann gehen Sie dann zu Bett? Was sind Ihre liebsten Freizeitbeschäftigungen – haben Sie ein Hobby? Reisen Sie gerne oder eher nicht oder strengt es Sie an, usw.? Was machen Sie daran gerne, was machen sie überhaupt nicht gerne oder was fällt Ihnen dabei schwer? Gibt es Besonderheiten im Bereich Lebensgewohnheiten?

BESCHREIBUNG

•



WIE WIRKEN NACHFOLGENDE FAKTOREN AUF SIE?

Wie wirken sich nachfolgende Faktoren auf Ihre Befindlichkeit oder eines Ihrer Symptome aus (z.B. ... wenn ich nicht auf dem Bauch liege, kann ich nicht schlafen – oder meine Kopfschmerzen sind nur besser im Liegen – oder mein Rheuma ist schlimmer am See oder wenn die Umgebung feucht ist, usw....)

Alleinsein - Gesellschaft	
Anstrengung (geistig/körperlich/emotional)	
Baden - Waschen	
Bedeckung (Auf-/Abdeckung)	
Berührung – Massagen – Druck, usw.	
Bewegung (an sich oder des betroffenen Körperteils)	
Brücken – hochgelegene Orte	
Bücken – Strecken	
Denken daran...(besser /schlechter dadurch)	
Dunkelheit / Licht	
Enge Räume – Tunnel	
Essen (warm – kalt – Zeiten) – Hunger, usw.	
Feuchtigkeit – Nässe	
Geräusche – Lärm – Musik	
Gerüche	
Gewitter	
Haare schneiden – Rasieren	
Hängen lassen der Gliedmaßen	
Hitze / Kälte	
Husten - Lachen - Niesen – Reden	



WIE WIRKEN NACHFOLGENDE FAKTOREN AUF SIE?

Wie wirken sich nachfolgende Faktoren auf Ihre Befindlichkeit oder eines Ihrer Symptome aus (z.B. ... wenn ich nicht auf dem Bauch liege, kann ich nicht schlafen – oder meine Kopfschmerzen sind nur besser im Liegen – oder mein Rheuma ist schlimmer am See oder wenn die Umgebung feucht ist usw....)

Kleidung (Enge – Weite, usw.)	
Lesen – Schreiben – geistige Anstrengung	
Liegen (in welcher Lage)	
Luft- frische Luft- Zufächeln, usw.	
Menschenmenge	
Mond – Gezeiten	
Nebel	
Regen	
Schlaf (vor/nach/während) oder Schlafmangel	
Schnee /Schneesmelze	
Sehen von... - Zuhören von...	
Sitzen - Stehen	
Sonne	
Staub - Rauch - usw.	
Stuhlgang (vor/nach/während)	
Tageszeiten (morgens-mittags-abends-nachts)	
Treppen (Auf- und Absteigen)	
Trost (Verlangen- Abneigung, usw.)	
Vor einem Ereignis	
Weinen	
Wenn wütend	
Wetter	



WIE WIRKEN NACHFOLGENDE FAKTOREN AUF SIE?

Wie wirken sich nachfolgende Faktoren auf Ihre Befindlichkeit oder eines ihrer Symptome aus (z.B. ... wenn ich nicht auf dem Bauch liege, kann ich nicht schlafen – oder meine Kopfschmerzen sind nur besser im Liegen – oder mein Rheuma ist schlimmer am See oder wenn die Umgebung feucht ist, usw....)

Wetterwechsel von/nach

--

Windabgang – Aufstoßen

--

Zugluft – Wind

--

Sonstiges...

--

ESSEN – TRINKEN – APPETIT – DURST

Wie steht es mit Ihrem generellen Appetit – ist er eher vermehrt oder vermindert? – Wann und zu welcher Uhrzeit / Tageszeit haben Sie meist Hunger oder Heißhunger? – Auf welche Speisen haben Sie besonderen Appetit/Verlangen? Haben Sie eher viel Durst oder wenig Durst. Welche Mengen trinken Sie pro Mahlzeit oder am Tag. Was trinken Sie vorzugsweise? Oder ist ihr Appetit durch die Erkrankung verändert – mögen sie z.B. jetzt andere Dinge als vorher, usw. Was können Sie zu diesem Bereich erzählen.

Gibt es Nahrungsmittelallergien und wenn ja – seit wann?

ANTWORT

<p>•</p>

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



ESSEN – TRINKEN – APPETIT – DURST

Gibt es irgendwelche der nachfolgenden Kombinationen die Sie bevorzugen – nicht mögen – oder gar nicht vertragen und/ oder in Kombination Verlangen oder Abneigung dagegen haben – und/oder stehen diese Nahrungsmittel in Verbindung mit einer Ihrer Beschwerden (z.B. Schokoladenhunger vor Kopfschmerzen, usw.)

	Kombination	Verlangen	Abneigung	Unverträglich	Sonstiges
Anblick von Speisen					
Bitter					
Brot					
Butter					
Eier					
Fisch					
Fleisch					
Früchte					
Gerüche					
Getränke warm					
Getränke kalt					
Kaffee					
Kohl					
Milch					
Mehlspeisen					
Nahrung warm					
Nahrung kalt					
Salzig					
Sauer					
Speisegerüche					
Scharf /Gewürze					
Süß					
Zwiebeln					
Sonstige					



VON KOPF BIS FUß

KOPF

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden im Bereich des Kopfes: Schwindel – Kopfschmerzen – an den Augen – den Ohren – dem Gesicht – dem Mund oder der Zähne?

•

HALS ATMUNG BRUST

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden im Bereich des Halses – der Mandeln oder des Kehlkopfes – beim Schlucken – der Brust – des Herzens oder in Bezug auf die Atmung (Allergien – Erkältungsneigung, usw.) oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesem Bereich?

•



RÜCKEN & GELENKE

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden im Bereich des Rückens – des Nackens – der Wirbelsäule, der Gliedmaßen oder der Gelenke – oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesen Bereichen. Wodurch sind sie beeinflusst?

•

ABDOMEN

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden im Bereich des Bauches – der Bauchorgane - wie Magen – Darm – Leber – Galle – Bauchspeicheldrüse, usw. oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesen Bereichen. Wodurch sind sie beeinflusst?

•

REKTUM + STUHL

Gibt es irgendwelche Probleme im Bereich des Stuhlganges oder der Darmtätigkeit. Wie häufig haben Sie Stuhlgang? Neigen Sie eher zu Verstopfung oder Durchfall und/oder gibt es sonstige Auffälligkeiten was die Form und Menge betrifft?

•



NIEREN WASSER- LASSEN & URIN

Gibt es irgendwelche Probleme im Bereich der Nieren - des Wasserlassens (vor-während - nachher bzw. Schwierigkeiten beim Wasserlassen wie z.B. nachtröpfeln – Harnverhalten, usw.) und/oder des Urins (Geruch – Farbe – Konsistenz). Kommt es zu unwillkürlichem Wasserlassen (z.B. bei Husten oder Niesen, usw.)?

•

SCHWEIß FIEBER FROST

Wie stark schwitzen Sie und wo genau (Körperteil) und wann (z.B. Schlaf – Erregung, etc.). Ist der Schweiß eher kalt oder warm – klebrig – fettig oder färbt er z.B. die Wäsche, usw.? Wie ist sein Geruch (sauer - scharf – übel, etc.) Stehen andere Symptome mit dem Schwitzen in Verbindung? Wann bekommen Sie Fieber oder Frost – oder ist Ihnen zu einer bestimmten Zeit heiß oder kalt am Körper und an welchem Körperteil (z.B. brennen der Füße nachts im Bett, usw.)

•



HAUT – SCHLEIMHAUT

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden im Bereich der Haut? Hautausschläge - Hautpilze - Geschwüre - Warzen - Naevi - Abschälen - Juckreiz - Allergien oder neigen Sie zu Erkrankungen in den Bereichen Haut - Schleimhaut und wodurch sind sie beeinflusst?

•

FARBE

Haben oder hatten Sie irgendwelche Veränderungen in Bezug auf ihre Hautfarbe?

•



HAARE

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden in Bezug auf Ihre Haare : frühes Ergrauen – Haarausfall – Schuppen - Trockenheit – Behaarung (Wachstum – Ausfall, usw.) oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesen Bereichen und wodurch sind sie beeinflusst ? Was ist Ihre natürliche Haarfarbe und färben Sie diese?

•

NÄGEL

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden in Bereich Ihrer Nägel oder der Haut um die Nägel (Pilze – Wachstum – splintern, usw.) herum oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesen Bereichen und wodurch sind sie beeinflusst?

•

UNTERSUCHUNGEN

Welche Untersuchungen lassen Sie regelmäßig durchführen und warum (Mammographie – Darmspiegelung, usw.)?

•



OPERATIONEN

Hatten Sie irgendwelche Operationen?
Welche ?
Wie sind diese verlaufen (Narkose, usw.)?

•

VERLETZUNGEN

Haben oder hatten Sie irgendwelche Unfälle oder Verletzungen?
Sind daraus irgendwelche körperliche oder psychische Folgen entstanden?

•

WUNDEN

Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden in Bereich Ihrer Wundheilung (Keloide – langsame Heilung – Neigung zur Eiterung, usw.) oder neigen Sie zu Erkrankungen in diesen Bereichen und wodurch sind sie beeinflusst ?

•



SCHWÄCHE

Haben Sie an irgend einer Stelle Ihres Körpers ein Gefühl der Schwäche – wann und wo spüren Sie diese? Was macht es besser? Was macht es schlechter?

•

ZITTERN

Neigen Sie zum Zittern? Wo genau – wodurch wird es ausgelöst – verbessert oder verschlechtert?

•

SEITEN

Neigen Sie dazu Ihre Beschwerden auf einer Seite zu haben – wenn ja auf welcher? Wandern die Beschwerden von einer zur anderen Seite oder wechseln sich die Seiten ab – oder verlaufen die Beschwerden diagonal (z.B. rechts unten und oben links, usw.)?

•



BLUT

Neigen Sie zu Blutungen. Wenn ja : wo und wie ist die Färbung des Blutes (hell – dünn – dick – dunkel, usw.) oder neigen Sie zu spontanen Blutungen (Nase, etc.) oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

•

BLUTBILD

Gibt es auffallende Blutwerte. Wann haben Sie das letzte Mal eine Blutuntersuchung gemacht? Kennen Sie die Ergebnisse (bitte legen sie eine Kopie anbei – oder tragen die Werte hier ein) und/oder haben Sie andere diagnostische Ergebnisse .Dann legen Sie diese bitte in Kopie anbei.

•



SCHLAF

Wie ist Ihre Schlafhaltung? Neigen Sie zum Schnarchen – Zähneknirschen – Reden – Schlafwandeln – Ruhelosigkeit – Stöhnen – Zusammenzucken – Schlaflosigkeit – Erwachen, usw. ? Mögen Sie es zugedeckt zu sein – oder sind irgendwelche Teile nicht zugedeckt. Bei welcher Temperatur schlafen Sie? Ist das Fenster offen oder geschlossen? Gibt es Zeiten zu denen sie immer aufwachen und/oder ist Ihr Schlaf durch andere Umstände gestört?



TRÄUME

Gibt es wiederholende Träume oder kommen bestimmte Inhalte wiederholt vor (bitte markieren)? Können Sie wichtige ,sich wiederholende Träume beschreiben?

Angenehme

Anstrengung

Arbeit

Arzt

Bäume

Blitz

Blut

Diebe/Räuber

Durst

Eifersucht

Examen

Fahren

Fallen

Farben

Feiern

Feuer

Fliegen

Geld

Geschäft

Häuser

Hellsichtige

Hochzeit

Hunger



TRÄUME

Gibt es wiederholende Träume oder kommen bestimmte Inhalte wiederholt vor (bitte markieren)? Können Sie wichtige, sich wiederholende Träume beschreiben?

- Kindern
- Körper
- Krankheit
- Krieg
- Kummer
- Leiden
- Menschen
- Mord
- Müdigkeit
- Obst
- Polizei
- Reden
- Reisen
- Reiten
- Schmerz
- Schnee
- Selten
- Singen
- Streit
- Tagesereignis
- Tanzen
- Tiere? Welche
- Tod

Kindern	
Körper	
Krankheit	
Krieg	
Kummer	
Leiden	
Menschen	
Mord	
Müdigkeit	
Obst	
Polizei	
Reden	
Reisen	
Reiten	
Schmerz	
Schnee	
Selten	
Singen	
Streit	
Tagesereignis	
Tanzen	
Tiere? Welche	
Tod	



Träume

Gibt es wiederholende Träume oder kommen bestimmte Themen / Inhalte in den Träumen wiederholt vor - wie z.B. „in den Träumen zu fallen“, usw.?
Falls Sie in der Themenliste einen Ihrer Trauminhalte finden so markieren Sie diesen und beschreiben ihn und/oder falls es andere Inhalte in Ihren Träumen gibt – dann steht Ihnen das Feld „Sonstige“ zur Verfügung.

Unfall

Vergessenes

Verpasst

Versagen

Viele

Wasser

Weinen

Wiederholende

Sonstige



GESCHLECHTS- ORGANE

Gibt es irgendwelche besonderen sexuellen Störungen? Haben oder hatten Sie eine Geschlechtskrankheit (Gonorrhoe– Syphilis– Feigwarzen, usw.)? Gibt es irgendwelche Besonderheiten in Bezug auf das sexuelle Verlangen (verstärkt oder vermindert)? Gibt es irgendwelche Befindlichkeitsstörungen vor- während- nach dem Geschlechtsverkehr? Gibt oder gab es irgendwelche Besonderheiten im Rahmen der Familienplanung oder sonstiges in diesem Bereich?

•

WEIBLICH

Gab oder gibt es irgendwelche Erkrankungen des Unterleibes? Gab oder gibt es irgendwelche Beschwerden im Bezug auf die Menses. In welchem Alter hat sie begonnen – wie ist sie (Farbe – Konsistenz – Besonderheiten) – in welchem Abstand tritt sie ein und/oder sind Sie in der Menopause und seit wann - und welche Beschwerden haben Sie in diesem Bereich. Haben oder hatten Sie jemals Ausfluss (Farbe – Konsistenz – Geruch - Zeitpunkt im Zyklus oder unabhängig davon)? Und macht er Beschwerden und/oder wurde er schon behandelt. Macht der Ausfluß Juckreiz – Schmerzen oder anderes? Haben oder hatten Sie irgendwelche Beschwerden in der weiblichen Brust (zyklusabhängig oder andere)?

•

MÄNNLICH

Gibt es irgendwelche Beschwerden im Bezug auf Ihr Geschlechtsorgan – z.B. Sperma - Erektion (allgemeine Schwierigkeiten - schwache Erektion – Erektionsmangel – unwillkürliche Erektion – ausbleibende Erektion) oder anderes?

•



**GEIST
UND
GEMÜT**

„K“

„E“

Wovor haben Sie Angst oder hatten Sie als Kind Angst?

Markieren Sie mit einem Kreuz in den entsprechenden Spalten die Ängste, die Sie als Kind hatten mit „K“ – und „E“ für die Ängste, die Sie als Erwachsener haben (auch Kombinationen sind möglich!).

Für Anmerkungen steht Ihnen die rechte Spalte zur Verfügung.

ALLEINSEIN

ALTER

ANNÄHERUNG

ANSTECKUNG

ARMUT

ÄRZTEN

BESTRAFUNG

BEWEGUNG

DUNKELHEIT

EINBRECHERN

EINSAMKEIT

ENGE RÄUME

ERWARTUNGS-

SPANNUNG

FEUER

FLIEGEN

FRAUEN

FREMDE

FRIEDHOF

GERÄUSCHE

GESPENSTER

GEWALT

GEWITTER

	„K“	„E“	
ALLEINSEIN			
ALTER			
ANNÄHERUNG			
ANSTECKUNG			
ARMUT			
ÄRZTEN			
BESTRAFUNG			
BEWEGUNG			
DUNKELHEIT			
EINBRECHERN			
EINSAMKEIT			
ENGE RÄUME			
ERWARTUNGS-			
SPANNUNG			
FEUER			
FLIEGEN			
FRAUEN			
FREMDE			
FRIEDHOF			
GERÄUSCHE			
GESPENSTER			
GEWALT			
GEWITTER			



Wovor haben Sie Angst oder hatten Sie als Kind Angst?

**GEIST
UND
GEMÜT**

„K“

„E“

Markieren Sie mit einem Kreuz in den entsprechenden Spalten die Ängste, die Sie als Kind hatten mit „K“ – und „E“ für die Ängste, die Sie als Erwachsener haben (auch Kombinationen sind möglich!).

Für Anmerkungen steht Ihnen die rechte Spalte zur Verfügung.

HEIRAT

HÖHE

HUNDEN

INSEKTEN

INVALIDITÄT

KATZEN

KINDER

KONTROLLVERLUST

KRANKHEIT

KREBS

LEIDEN

MÄNNERN

MEINUNG ANDERER

MENSCHEN

PRÜFUNGEN

REISEN

SCHLANGEN

SCHMERZEN

SEHEN VON

GRAUSAMKEITEN

SEXUALITÄT

SPINNEN

STERBEN

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



Wovor haben Sie Angst oder hatten Sie als Kind Angst?

**GEIST
UND
GEMÜT**

„K“

„E“

Markieren Sie mit einem Kreuz in den entsprechenden Spalten die Ängste, die Sie als Kind hatten mit „K“ – und „E“ für die Ängste, die Sie als Erwachsener haben (auch Kombinationen sind möglich!).

Für Anmerkungen steht Ihnen die rechte Spalte zur Verfügung.

TADEL

TIERE

TOD

TRENNUNG

UNBEKANNTEN

UNFALL

VERLUST

WASSER

ZUKUNFT

ZURÜCKWEISUNG

SONSTIGE



ÄNGSTE – WO EMPFINDEN SIE DIESE – WENN SIE SIE HABEN

	ABDOMEN	
	DURCHFALL	
	FEUCHTE HÄNDE	
	HERZKLOPFEN	
	HITZE	
	IN DEN FÜßEN	
	KLOß IM HALS	
	KRÄMPFE	
	KURZATMIG	
	LUFTNOT	
	MIT ERRÖTEN	
	MIT FROST	
	MUSKELSPANNUNG	
	NERVOSITÄT	
	SCHLAFLOSIGKEIT	
	SCHWITZEN	
	VOM MAGEN AUFSTEIGEND	
	ZÄHNEKLAPPERN	
	ZITTERN	
	SONSTIGE	



GEIST UND GEMÜT

Wenn Sie sich das wünschen könnten: was wünschen Sie sich als Therapieziel?

-

GEIST UND GEMÜT

Was war Ihr größter Kummer im Leben und/oder was macht Sie generell glücklich oder unglücklich? Gibt es etwas worunter Sie leiden? Was macht Sie traurig? Was bringt Sie zum Weinen?

-



GEIST UND GEMÜT

Wie reagieren Sie auf Beleidigungen / Kränkungen? Was würde Sie beleidigen und/oder verletzen? Sind Sie nachtragend?

•

GEIST UND GEMÜT

Wenn Sie erregt sind: was ist Ihre erste Reaktion und/oder Empfindung? Wie gehen Sie mit Zorn und Wut um?

•

GEIST UND GEMÜT

Sind Sie eifersüchtig?
Wenn ja – was machen Sie dann?

•

GEIST UND GEMÜT

Leiden Sie unter Gedankenandrang, den Sie nicht abstellen können (z.B. vor dem Einschlafen, usw.)? Und wenn ja: warum?

•



GEIST UND GEMÜT

Wie ist Ihr Gedächtnis? Wenn Sie unter einem schlechten Gedächtnis leiden: dann beschreiben Sie bitte genau für welche Dinge Sie eine Gedächtnisschwäche haben.

•

GEIST UND GEMÜT

Wie würden Sie ihre emotionale Grundstimmung generell bezeichnen. War das mal anders?

•

GEIST UND GEMÜT

Was macht Sie ärgerlich? Wenn Sie ärgerlich sind: macht das körperliche Symptome?

•



GEIST UND GEMÜT

Sind Sie lieber in Gesellschaft oder alleine und/oder macht Ihnen eine der beiden Zustände Beschwerden?

-

GEIST UND GEMÜT

Was machen Sie sehr gerne oder gar nicht gerne – oder was fällt Ihnen sehr leicht oder was sehr schwer?

-

GEIST UND GEMÜT

Haben Sie besondere Begabungen und/oder Befähigungen?

-

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN

Anja Trinklein
Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Metzlerstraße 39
60594 Frankfurt am Main

T 069 – 66 56 33 10
F 069 – 66 56 33 11

at@praxis-anjatrinklein.de
www.praxis-anjatrinklein.de



Hier können Sie mir all das aufschreiben – was sie mir noch mitteilen möchten

•

VIELEN DANK FÜR IHRE GEDULD UND DER BEANTWORTUNG ALLER FRAGEN!