

Patientenfragebogen

**BITTE LESEN SIE DIESE EINLEITUNG DURCH, BEVOR SIE ANFANGEN,
DEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN !**

Sie sind hierhergekommen, um gesund zu werden oder zumindestens eine Besserung Ihrer Beschwerden zu erfahren. Unser Ziel ist, Ihnen dabei zu helfen und die am besten passende Medizin herauszufinden. Um dieses zu erreichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Die homöopathische Medizin wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden.

Wenn wir also ein wirksames Mittel für Sie finden wollen, so müssen wir alle Einzelheiten Ihrer Erkrankung kennen.

Ebenso sollten wir alle Züge Ihrer eigentlichen Persönlichkeit kennen. Das beinhaltet Ihre Reaktion und Verhaltensweise unter den verschiedensten Umständen, ebenso Ihre Vergangenheit und die Vorgeschichte Ihrer Familie und der Zustand Ihres Geistes und Gemütes. Die Kenntnisse dieser Umstände ermöglichen uns, Ihr Mittel zu finden, was dann Ihre Krankheit bessern soll. Das Mittel wird nicht nur Ihre Krankheit bessern, sondern Ihren Gesamtzustand überhaupt.

Um nun alles über Sie zu erfahren, werden wir eine Menge Fragen an Sie stellen. Jede dieser Fragen hat eine bestimmte Absicht und Bedeutung für uns. Keine einzige dieser Fragen ist unnötig. Auch Dinge, von denen Sie denken, daß sie nichts mit Ihren Beschwerden zu tun haben, können von höchster Wichtigkeit sein bei der Entscheidung, Ihnen das richtige Mittel zu geben.

Deshalb sollten Sie ganz frei und ungehemmt eine möglichst vollständige Beschreibung jedes einzelnen Punktes geben.

Deshalb lesen Sie jede Frage sorgfältig durch, denken Sie darüber nach und, wenn es nötig ist, so fragen Sie jemanden aus Ihrem näheren Umkreis und dann antworten Sie vollständig. Halten Sie bitte nichts zurück, denn alles, was Sie uns hier mitteilen, wird unter dem strengsten Siegel der Verschwiegenheit behandelt.

DER FRAGEBOGEN HAT SIEBEN TEILE

1. Über Ihre Krankheiten und die Krankheiten Ihrer Familie.

Bitte nehmen Sie sich Zeit dafür, um diesen Teil möglichst vollständig mit Hilfe Ihrer Familienmitglieder auszufüllen, bevor Sie zu uns kommen.

2. Die Geschichte Ihrer jetzigen Erkrankung.

3. Über alle Teile Ihres Körpers.

4. Hier handelt es sich um Dinge, die Ihren Körper beeinträchtigen.

Bitte denken Sie sorgfältig über jeden dieser Faktoren nach, der da erwähnt ist, und schreiben Sie hin, welche besonderen Wirkungen bei Ihnen selbst entstehen.

5. Hier geht es um Ihren Charakter und Gemütszustand.

Bitte schreiben Sie in diesem Teil auch, wie Ihre momentane Lebenssituation aussieht und alles, was sie in irgendeiner Weise bedrückt. Seien Sie hier ganz und gar offen.

6. Alles über Ihren Schlaf und Ihre Träume.

7. Hier wird Ihnen eine Anweisung gegeben, wie Sie Ihre Beschwerden berichten sollen.

Lesen Sie also diese Anweisung zuerst.

Dann stellen Sie eine Liste Ihrer Beschwerden her und beschreiben Sie jede derselben gemäß der Anweisung.

FRÜHERE ERKRANKUNGEN UND EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

Jede Krankheit, Vergiftung, Medizin oder Unfall hinterläßt Markierungen und bleibt als ein Schwachpunkt im System, mehr, als wir uns vorstellen können. Die homöopathische Behandlung trägt all diesen Einzelheiten der Vergangenheit Rechnung und behebt auf diese Weise diese Schwachpunkte. Auf diese Weise wird Ihr Organismus gestärkt. Aus diesem Grunde ist es notwendig, daß wir alles über Ihre Beschwerden, an denen Sie in der Vergangenheit gelitten haben, wissen, ebenso wie die dafür stattgefundene Behandlung.

In der jetzt folgenden Liste unterstreichen Sie bitte die Namen von alle größeren Erkrankungen, an denen Sie gelitten haben, und auf der nächsten Seite geben Sie bitte die wichtigen Einzelheiten an.

Typhus Cholera Nahrungsvergiftung Würmer Diarrhoe Ruhr	Masern Windpocken Röteln Mumps Keuchhusten	Malaria Gelbsucht Lebererkrankungen Milz, Gallenblase	Fehlgeburten Todgeburten Ausschabungen Erkrankungen während der Schwangerschaft usw. Uterusvorfall
---	--	--	---

Unterernährung Rachitis Rheumatismus Rückenschmerzen	Geschlechtskrankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe, usw.	Irgendwelche Herzkrankungen, -beschwerden, Blutdruck Schwindel	Nierenentzündungen Harnbeschwerden Diabetes Prostatabeschwerden
---	--	--	--

Jede Operation z.B. Tonsilektomie Bauchop, Appendizitis Hernien, Hämorrhiden, Uterus, Nierensteine, Gallensteine, Phimose, Hydrocele, Star, usw. Art der Narkose, Anästhesie: allgemein/lokal	Diphtherie, bösartige Tonsillitis, Halsabszesse, Polypen Häufige Erkältungskrankheiten, Sinusitis, Bronchitis, Eosinophilie, Erkältungen, Fieber, Schüttelfrost, Lungenentzündung Asthma, Pleuritis, TBC	Irgendwelche Schocks, Kummer, Enttäuschungen, Schreck, Gemütseregungen, Depressionen oder Nervenzusammenbrüche
---	---	--

Chronische Kopfschmerzen Taubheitsgefühle, Krämpfe, Anfälle, Epilepsie, Polio, Paralyse, usw. Meningitis – Lumbarpunktion?	Jeglicher schwerer Unfall oder Verletzungen des Körpers oder des Kopfes. Alle Zustände von Bewußtlosigkeit. Irgendwelche schwereren Blutungen aus irgendeinem Teil des Körpers.	Hauterkrankungen wie Pickel, Furunkel, Karbunkel, Ringelflechte, Pilzkrankungen, Krätze, Ekzeme, Herpes, Nesselsucht, Allergie. Irgendwelche Geschwüre an irgendeinem Teil des Körpers.
---	--	--

VERTRAULICH

Alle die hier mitgeteilten Dinge werden streng vertraulich betrachtet, sie werden insbesondere in keiner Datenbank gespeichert. Falls aus wissenschaftlichem Interesse Ihre Krankengeschichte oder Teile derselben veröffentlicht werden sollen, so wird vorher Ihr Einverständnis geholt und die Veröffentlichung streng anonym ohne Namensnennung und ohne Nennung von Umständen, die zu einer Identifikation Ihrer Person führen könnten, durchgeführt.

Vorname und Nachname:

Datum:

Straße:

Schulbildung:

Platz / Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Arbeitstelefon:

Geschlecht: männlich
weiblich

Beruf (derzeitige Beschäftigung):

Familienstand:

Ledig
Verheiratet
Geschieden
Verwitwet

Kinder (Anzahl / Alter / Geschlecht):

Diät:

Vegetarier
Nichtvegetarier
Spezial

An uns empfohlen durch:

Erkrankungen	Alter	Dauer	Genesen ?	Medikamente und Behandlung	Weitere Einzelheiten
--------------	-------	-------	-----------	----------------------------	----------------------

Weitere Besonderheiten und Informationen:

Bitte erwähnen Sie alle Medikamente, Stärkungsmittel, Stimulantien usw., die Sie jemals in Ihrem Leben genommen haben:

FAMILIENINFORMATION

Liste der Haupterkrankungen

Anämie	Krebs	Diabetes	Geisteskrankheit
Rheumatismus	Tuberkulose	Pleuritis	Lepra
Epilepsie	Blutungsneigung	Nesselsucht	Ekzem
Asthma	Paralyse	Multiple Sklerose	Bluthochdruck
Herzkrankungen	Nierenerkrankungen	Lebererkrankungen	usw.

Verwandschaft	Alter	Erlittene Erkrankungen	Todesursache
Väterlicher Großvater			
Väterliche Großmutter			
Mütterlicher Großvater			
Mütterliche Großmutter			
Vater			
Mutter			
Väterliche Onkel			
Väterliche Tanten			
Mütterliche Onkel			
Mütterliche Tanten			
Cousin(en)s väterliche Seite			
Cousin(en)s mütterliche Seite			

Hat irgendeiner dieser Verwandten Erkrankungen oder Beschwerden, die den Ihren ähneln?

Geschwister

Wieviele Brüder / Schwestern sind Sie? (Inklusive denen, die bereits gestorben sind).

Schreiben Sie Informationen derselben in der jetzt folgenden Tabelle.
Bezeichnen Sie Ihre Stelle innerhalb der Geschwisterreihe, indem Sie dort "selbst" schreiben.

Nr	Bruder / Schwester	Alter	Lebend / Tot	Erkrankungen, an denen sie gelitten haben / leiden
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

PERSÖNLICHE GESCHICHTE

Über Ihre Geburt

Hatte Ihre Mutter irgendwelche Probleme während der Schwangerschaft?
 Hat sie während der Schwangerschaft irgendwelche Mittel genommen? Wenn, welche?
 Hatte sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Geburt? Bitte genaue Angaben.

In welchem Alter begann bei Ihnen

Zahnen		Urinkontrolle (Bettnässen usw.)	
Sitzen		Essen von unverdaulichen Dingen wie Kalk, Erde, Kreide, Papier usw.	
Laufen		Irgendwelche anderen Probleme mit Wachstum und Entwicklung	
Sprechen			

Tierbisse

Kreuzen Sie bitte an, wenn Sie von irgendeinem Tier gebissen worden sind.

Schreiben Sie hin, wenn es irgendein anderes war.

Bekamen Sie Tollwut-Serum oder Tollwut-Impfung oder irgendwelche Gegengifte?

Hund		Ratte		Schlange		Skorpion	
------	--	-------	--	----------	--	----------	--

Impfungen und Informationen

Schreiben Sie, wie oft Sie gegen folgende Krankheiten geimpft worden sind.

Gab es irgendeine Reaktion oder Beschwerde nach irgendeiner der Impfungen? Bitte genaue Angaben.

Pocken		Polio		Cholera		Masern	
Dreifachimpf.		B.C.G.		Typhus		Tetanus	
Röteln							

Kinder

Anzahl der Kinder, sowohl der Lebenden als auch der Toten.

Bitte Alter der Kinder und ihr Gesundheitszustand.

Falls welche gestorben sind, bitte die Gründe des Todes: Fehlgeburten, Totgeburten oder Mißbildungen?

Name des Kindes	Männl./weibl.	Alter	Erkrankungen

Ihre Gewohnheiten

Wie viel?	Wie viel?	Wie viel?	Wie viel?
Rauchen	Tabak kauen	Tee	Abführtabletten
Schnupfen	Alkohol	Schlaftabletten	Was sonst?

HAUPTSÄCHLICHE BESCHWERDE

Hauptsächliche Beschwerde und damit verbundene Beschwerden

Die genaue Geschichte der jetzigen Erkrankung, ihr Beginn und Verlauf mit genauen Daten.

Ursache

Können Sie den Ursprung Ihrer jetzigen Erkrankung auf irgendwelche bestimmten Umstände, Unfälle, Krankheiten, Ereignisse oder Aufregungen zurückführen?
(z.B. Schock, Kummer, Irrtümer, Diät, Überanstrengung, Kälteeinwirkung, Hitzeeinwirkung usw.?)

APPETIT UND DURST

Wie ist Ihr Appetit?

Wann sind Sie sehr hungrig?

Was passiert, wenn Sie längere Zeit nichts essen?

Wie schnell essen Sie?

Wieviel Durst haben Sie?

Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?

Gibt es irgendwelche Veränderungen in Ihrem Geschmack oder Gefühl im Mund?

Bitte machen Sie ein Kreuz (X), wenn Sie irgendein Nahrungsmittel mögen/nicht mögen oder wenn es Ihnen nicht bekommt. Machen Sie zwei Kreuze (XX), wenn dieses Mögen/Nichtmögen oder Nichtbekommen sehr stark ist.

	mögen	nicht mögen	nicht bekommen		mögen	nicht mögen	nicht bekommen
Bitter				Eier			
Stark salzig				Starke Gewürze			
Süßigkeiten				Fleisch			
Sauer				Fisch			
Brot				Kohl			
Butter				Zwiebeln			
Gebraten				W./kalte : Nahrung			
Milch				W./kalte : Getränke			
Kaffee				Früchte			
Erde/Kalk				Irgendetwas sonst			

Stuhl

Haben Sie irgendwelche Probleme in Beziehung zu Ihrem Stuhl?

Wann und wie häufig am Tag haben Sie Stuhlgang?

Wann ist der Stuhl dringend?

Haben Sie irgendwelche Probleme mit der Darmtätigkeit?

Müssen Sie beim Stuhl stark pressen?
Auch, wenn er weich ist?

Haben Sie Aufstoßen oder Rülpsen?
Beschreiben Sie den Charakter.
Wie fühlen Sie sich, wenn Sie aufgestoßen haben?

Wasserlassen und Urin

Haben Sie irgendwelche Urinprobleme?

Riecht er stark? Wie riecht er?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach dem Wasserlassen?

Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten mit der Entleerung?

Fängt das Wasser an, langsam zu laufen, ist es unterbrochen, ist der Harnstrahl schwach oder tröpfelt er nur usw.?

Irgendwelches unwillkürliches Wasserlassen? Wann?

Schweiß / Schwitzen - Fieber - Frost

Wie stark schwitzen Sie?

Wo und an welchen Teilen schwitzen Sie am meisten?
Schwitzen Sie an den Händen oder Fußsohlen?

Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, schimmlig, fettig, macht er die Wäsche steif usw.?

Wie riecht er? Zum Beispiel faul, scharf, sauer, wie Urin?

Wie färbt er die Wäsche? Kann man diese Verfärbung leicht oder sehr schwer herauswaschen?

Irgendwelche Symptome nach dem Schwitzen?

Wann bekommen Sie Fieber oder Frost?
Was führt es herbei?

Haben Sie irgendwie das Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil des Körpers oder zu einer bestimmten Zeit?

Kommt es vor, daß irgendwann Ihre Handflächen, oder die Fußsohlen heiß sind oder brennen?

Brust - Herz - Erkältungen - Husten

Sind Sie häufig erkältet? Wenn ja, wie?
Beschreiben Sie die Symptome, Art der Erkältung usw...

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Brust oder Ihrem Herzen?

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit Ihrer Stimme oder Sprache?

Gibt es irgendwelche Beschwerden bei der Atmung?

Haben Sie irgendeinen Husten?

Geschlechtssphäre (allgemein)

Haben Sie ein verstärktes Verlangen oder geschwächtes Verlangen nach sexueller Betätigung?

Welche Methode benutzen Sie zur Familienplanung? (Schwangerschaftsverhütung, Pille, usw...).

Für Männer

Irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion? Erektionsmangel? Unwillkürliche Erektion?
Zu schwache Erektion? Ausbleibende Erektion? Bitte beschreiben Sie das.

Irgendwelche weiteren Beschwerden in sexueller Hinsicht? Bitte beschreiben Sie die Einzelheiten.

Für Frauen

Menses: Wie ist die Periode? Regelmäßig oder unregelmäßig?

In welchem Alter hat sie begonnen?
Gab es irgendwelche Beschwerden dabei?

Wie ist der Abstand zwischen zwei Perioden?
Wie lange dauert die Periode?

Menstruationsblut: Gibt es irgendwelche Veränderungen in der Menge, in der Farbe, im Geruch oder in der Konsistenz? Läßt sich das Blut leicht auswaschen?

Haben Sie beobachtet, ob es Veränderungen in der Qualität oder in der Menge während der Periode gibt?
Wie und wann?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach der Periode? Wenn ja, so beschreiben Sie diese.

Welche Beschwerden hatten Sie in der Menopause (Wechseljahre)?

Haben Sie irgendwie das Gefühl, als ob bei Ihnen die Organe nach unten drücken?

Haben Sie irgendwelchen Ausfluß? Wenn ja, so beschreiben Sie die Art, die Farbe, die Konsistenz und den Geruch des Ausflusses.

Wann und unter welchen Umständen hat dieser Ausfluß mehr oder weniger irgendeine Beziehung zur Menses?

Welchen Effekt hat dieser Ausfluß auf Ihr allgemeines Gefühl? Oder auf eines Ihrer Symptome?

Haben Sie irgendein Jucken, ein Wundsein usw., in Folge des Ausflusses?

Kommt es vor, daß Ihnen Luft aus der Scheide abgeht?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden mit den Brüsten? (z.B. Schwellung vor der Periode usw.).

Irgendwelche Beschwerden in Bezug auf

Schwindel	Haben Sie irgendwie Schwindelgefühle / Schwankungen?
Bewußtlosigkeit	Waren Sie jemals bewußtlos?
Kopf	Haben Sie irgendwelche Kopfschmerzen?
Augen	Augen und Sehfähigkeit:
Ohren	Ohren und Hörfähigkeit:
Nase	Nase und Riechfähigkeit:
Gesicht	Gesicht und Gesichtsausdruck:
Mund	Mund und Geschmack:
Lippen, Zunge	Über die Lippen, den Mund, die Zunge usw.:
Zähne, Gaumen	Zähne, der Gaumen, z.B. kariöse Zähne, Zahnfleischbluten, geschwollenes Zahnfleisch:
Hals (inklusive Tonsillen)	Irgendwelche Schwierigkeiten beim Schlucken?
Rücken Gliedermaßen Gelenke	Beschwerden mit dem Rücken, den Gliedermaßen oder den Gelenken? Beschreiben Sie diese im Detail:

Schmerzen

Haben Sie irgendwelche Schmerzen und wechseln diese den Ort?
Im welche Richtung strahlen sie aus?

Abnormität

Gibt es irgendwelche Abnormitäten, Schwellungen, Taubheit, Lähmungen an irgendeinem Teil des Körpers?

Haut

Gibt es irgendwelche Beschwerden der Haut: z.B. Jucken, Ausschläge, Geschwüre, Warzen, Hühneraugen, Abschälen usw.? Beschreiben Sie genau die Art:

Farbe

Gibt es irgendeine Veränderung der Hautfarbe oder Flecken an irgendeiner Körperstelle?

Nägel

Gibt es irgendwelche Beschwerden oder Abnormitäten der Nägel oder der Haut um die Nägel?

Haaren

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit den Haaren, z.B. Haarausfall, Grauwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, langsames, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum der Haare?

Wunden

Heilen die Wunden langsam? Gibt es an Narben / Wucherungen (Keloide)?
Neigen die Wunden dazu zu eitern?

Blutung

Haben Sie eine Neigung zu bluten?

Seite

Sind die Beschwerden einseitig? Auf welcher Seite?
Oder sind sie mehr auf der einen als auf der anderen Seite?
Oder beginnen sie auf der einen Seite und gehen dann auf die andere Seite?
Oder wechseln sie die Seite oder die Stellen?

Zittern

Zittern sie irgendwo? Wo und wann?

Schwäche

Gibt es ein Gefühl von Schwäche? Wo?
Wie und wann fühlen Sie dieses mehr oder weniger?
Ist das an irgendeinem Teil des Körpers?

DINGE, DIE WIRKUNGEN AUF SIE HABEN

Es folgt jetzt eine Liste von Dingen, denen Sie ausgesetzt sind. Jedes dieser Dinge kann Sie in irgendeiner Weise verändern. Bitte schreiben Sie hin, **in welcher Weise Sie irgendwie durch eines der folgenden Dinge verändert werden**. Fühlen Sie sich dadurch besser oder schlechter in irgendeiner Weise von irgendeinem der folgenden Dinge? Und in welcher Weise verändern dieselben Sie?

Zum Beispiel: Nehmen Sie den Faktor "Sonne". Angenommen, Sie gehen in der Sonne und bekommen Kopfschmerzen, so schreiben Sie hin, "Kopfschmerzen" neben "Sonne". Oder ein weiteres Beispiel: Wenn Sie sich bei heißem Wetter unwohl fühlen, so schreiben Sie "unwohl" bei "heißem Wetter" in die Zeile. Auf diese Weise beschreiben Sie die Wirkung jedes dieser Faktoren auf Sie.

Insbesondere beschreiben Sie die Wirkung eines jeden Faktors auf Ihre hauptsächlichsten Beschwerden. Wenn zum Beispiel Ihre hauptsächlichste Beschwerde Asthma ist und wenn das dann schlimmer ist, wenn Sie auf dem Rücken liegen, dann schreiben Sie unter der Rubrik "auf dem Rücken liegen" "Asthma wird schlimmer".

Irgendein bestimmter Faktor macht Ihnen in irgendeiner Weise Beschwerden oder bessert Sie in irgendeiner Weise: Zum Beispiel kalte Luft macht Ihnen Kopfschmerzen, aber im übrigen tut Sie Ihnen gut. Wenn das so ist, so beschreiben Sie dieses hier genau und klar.

Dieser Teil ist von großer Wichtigkeit. Gehen sie also hier auf keinen Fall flüchtig vor, denken Sie sorgfältig darüber nach, bei jedem einzelnen Faktor, bevor Sie etwas hinschreiben.

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
Heißes Wetter		Stehen	
Kaltes Wetter		Sehen nach oben	
Regenwetter		Sehen nach unten	
Wolkenwetter		Herabsehen von hochgelegenen Plätzen	
Jahreszeitenwechsel			
Gewitter		Sehen auf sich bewegende Dinge	
Bedeckung		Geräusch / Lärm	
Warmes Bad		Plötzl. Geräusch / Lärm	
Sonne		Musik	
Kaltes Bad		Licht	
Gehen		Starke Gerüche	
Rennen		Wenn verstopft	
Treppaufgehen		Vor dem Urinieren	
Treppabgehen		Während des Urinierens	
Bus- / Autofahren		Nach dem Urinieren	
Liegen		Vor der Menses	
Liegen: auf dem Rücken		Während der Menses	
Liegen: linke Seite		Nach der Menses	
Liegen: rechte Seite		Nach dem Schwitzen	
Liegen: auf dem Bauch		Wenn hungrig	
Liegen: Kopf niedrig		Nach dem Essen	
Sitzen		Trinken	
Aufrecht sitzen			

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
Nach Geschlechtsverkehr		Abends	
Staub		Nachts	
Rauch		Baden	
Berührung		Zugluft	
Druck		Beißen oder Kauen	
Massage		Nase schneuzen	
Enge Kleidung		Beim Alleinsein	
Vor dem Schlaf		In Gesellschaft	
Während des Schlafes		Körperliche Anstrengung	
Nach dem Schlaf		Rülpsen	
Nach dem Mittagsschlaf		Windabgang	
Schlafmangel		Nach d. Haareschneiden	
Vor dem Stuhl		Haarkämmen	
Während des Stuhls		Zähneputzen	
Nach dem Stuhl		Mondlicht	
Husten		Beim Öffnen des Mundes	
Niesen		Rauchen	
Lachen		Hängenlassen der Gliedmaßen	
Reden			
Lesen		Erheben der Arme	
Schreiben		In der Nähe der See	
Bücken		Rasieren	
Vor einem wichtigen Ereignis		Strecken	
Vor einem Examen		Schlucken	
Wenn wütend		Beim Zuhören, wenn andere sprechen	
Wenn bekümmert		Erbrechen	
Wenn traurig		Gähnen	
Nach dem Weinen		Bei Bewegung d. Augen	
Trösten / Mitleid		Beim Öffnen d. Augen	
In einer Menge		Beim Schließen d. Augen	
In geschlossenen Räumen		Nach nassen Füßen	
Beim Denken a. Krankheit		Nach Überessen	
Vollmond / Neumond		Nach Arbeiten i. Wasser	
Morgens		Zufächeln	
Nachmittags			

GEIST UND GEMÜT

Jeder ist sich dessen bewußt, daß unser Geist und Gemüt einen enormen Einfluß auf unser körperliches und sonstiges Befinden hat. Für eine einwandfreie Behandlung ist es absolut notwendig, Ihre gefühlsmäßige und Verstandesbeschaffenheit genau zu verstehen. Dann können wir Sie als Ganzes behandeln.

Um Sie besser zu verstehen, werden wir Ihnen bestimmte Fragen stellen. Beantworten Sie diese ganz frei, aber sorgfältig und vollständig. Diese Informationen werden uns sehr viel weiterhelfen, um Ihnen das richtige Mittel zu geben. Auf der anderen Seite wird ein solches Mittel Ihnen sehr viel helfen, um Ihren Geistes- und Gemütszustand zu verbessern. Antworten Sie also frei. Antworten Sie unbefangen. Antworten Sie vollständig.

Sind Sie ängstlich? Was macht Ihnen Angst?

Haben Sie Furcht vor irgendetwas? Zum Beispiel vor Tieren, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Tod, Krankheit, Räubern, plötzlichen Geräuschen, Donner, vor der Zukunft, vor etwas Unbekanntem, vor hochgelegenen Orten usw.

Sind Sie voller Zweifel oder mißtrauisch? Wobei?
Sind Sie wegen irgendetwas eifersüchtig? Auf wen?
An welchen Symptomen leiden Sie, wenn Sie eifersüchtig sind?

Bei welchen Gelegenheiten sind sie ungeduldig? In Eile?

Wie lange erinnern Sie sich an Beleidigungen, die Ihnen von anderen angetan wurden?
Haben Sie Rachegefühle?

Worüber sind sie stolz?
Wodurch wird Ihr Stolz leicht verletzt?

Sind Sie schwermütig? Grübeln Sie vor sich hin? usw.

Haben Sie schon mal Selbstmordgedanken gehabt? Wann?

Wenn Sie so etwas haben, über welche Art des Selbstmordes denken Sie dann nach, um Ihr Leben zu beenden? Haben Sie trotz solcher Selbstmordgedanken Angst vor dem Tod?

Haben Sie viele sexuelle Gedanken?

Werden Sie zu irgendeiner Zeit von unerwünschten Gedanken heimgesucht?
Von was für welchen?

Haben Sie irgendwelche eingebildeten Gefühle oder Ängste?

Hören Sie Stimmen, oder werden Sie gerufen, oder irgendetwas in dieser Art, kommt so etwas in Ihren Sinn?

Wie ist Ihr Gedächtnis? Wofür haben Sie ein schlechtes Gedächtnis?
Zum Beispiel Namen, Gesichter, oder was Sie gerade gelesen haben usw.

Weinen Sie leicht? Was bringt Sie zum Weinen?
Wie fühlen Sie sich nach dem Weinen?
Wie fühlen Sie sich, wenn Sie jemand bemitleidet oder tröstet?

Sind Sie leicht gereizt? Was macht Sie ärgerlich?
Welche körperliche Symptome entwickeln Sie, wenn Sie Zorn haben? Zum Beispiel Zittern, Schweiß usw.

Lieben Sie Gesellschaft?
Oder bleiben Sie lieber alleine?

Wie schlimm werden Sie durch Unordnung oder Unsauberkeit in Ihrer Umgebung berührt?

Welches sind die größten Kümernisse, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welche Beschäftigungen haben Sie wirklich gerne?
Welche Sachen mögen Sie überhaupt nicht?

Nach Ihrer Ansicht, welche Ansichten und welche Launen passen eigentlich nicht zu Ihnen?
Obwohl Sie es wissen und Sie eigentlich gereift sind, sind Sie trotzdem unfähig, diese Meinungen zu ändern?

Zeichnen Sie ein klar umrissenes Bild Ihrer Lebenssituation und Ihres Verhältnisses zu jedem Ihrer Familienmitglieder, Ihrer Freunde und Ihrer Arbeitskollegen.

Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen, sozialen oder irgendwelche anderen Verhältnisse?
Wenn dem so ist, so beschreiben Sie dieses hier genau.

SCHLAF

Beschreiben Sie Ihre Haltung im Schlaf, auf dem Rücken, auf der Seite, auf dem Bauch usw.?
Schlafen Sie in einer ganz bestimmten Lage? In welcher Lage können Sie überhaupt nicht schlafen?

Während des Schlafes: Kommt dann folgendes bei Ihnen vor? Schnarchen, Zähneknirschen, Speichelfluß, Schweiß, Augen und Mund geöffnet, Umhergehen, Sprechen, Stöhnen, Weinen, Ruhelosigkeit, Aufwachen mit Zusammenzucken.

Beschreiben Sie, was irgendwie ungewöhnlich in Bezug auf Ihren Schlaf ist: Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit usw., und wenn, wann das so ist.

Wie stark decken Sie sich zu? Haben Sie irgendwelche Teile, die nicht zugedeckt sind?

Träume

Unterstreichen Sie die Art der Träume, die bei Ihnen vorkommen.

Tiere	Räuber	Reisen	Häuser	Vom Tod. Wessen?
Katzen / Hunde	Diebe	Reiten	Früchte	Von toten Körpern
Pferde	Angstvolle	Fliegen	Bäume	Toten Personen
Wilde Tiere	Furchtsame	Schwimmen	Wasser	Körperteilen
Schlangen	Geister	Ertrinken	Schnee	Von Selbstmord
Hunger	Feuer	Unfälle	Reden	Geschäfte
Durst	Blitz	Fallen	Singen	Geld
Trinken	Sturm	Schießen	Tanzen	Tagesarbeit
Essen	Regen	Kriege	Angenehme	Vergessene Arbeit
Erbrechen	Romantische	Schmerz	Beten	Versagen
Stuhlgang	Sexuell angenehm	Krankheit	Religiöse	Ziel nichterreichen
Urinieren	Vergewaltigung	Leiden	Tempel	Zug verpassen
Bluten	Nacktheit	Verstümmelung	Kirche	Examen
			Gott	Nicht vorbereitet
Kummer	Polizei	Unglück	Wenn noch etwas spezielles geträumt wird, bitte hier	
Weinen	Gefängnis	Unsicherheit		
Verdruß	Verbrechen	Gefahr		
Streit	Mörder	Verfolgt werden		
Eifersucht	Töten	Durch wen?		
Beleidigung	Vergiften	Weswegen?		
Leute	Von Ereignissen	Körp.Anstrengungen		
Kinder	Fremdartige	Geist.Anstrengungen		
Parties	Kurz zurückliegende	Müdigkeit		
Feste	Zukünftige	Farbige		
Heirat	Prophetische	Vielfarbige		

ANLEITUNG, WIE SIE IHRE BESCHWERDEN BESCHREIBEN SOLLEN

Bei der Homöopathie begründet sich die Verordnung auf den genauen Einzelheiten der verschiedensten Symptome, an denen Sie leiden. Einem homöopathischen Arzt zu erzählen, daß man Kopfschmerzen hat, oder einen Ausschlag oder einen Husten, ist nicht genug. Aber wenn Sie ihm sagen:

“Ich habe Kopfschmerzen mit scharfstechenden, schießenden Schmerzen in der linken Seite des Kopfes und den Schläfen, und diese Schmerzen kommen immer dann, wenn auch nur ein bißchen kalte Luft an meinen Kopf kommt, und diese Schmerzen sind wesentlich besser, wenn ich mich hinlege und den Kopf warm einhülle und sind viel schlimmer, wenn ich aufstehe, umhergehe, oder wenn der Kopf kalt wird.”

Nur dann haben Sie all die Informationen mitgeteilt, die eine gute, homöopathische Verordnung möglich machen. Der Erfolg einer Verordnung hängt weitestgehend davon ab, wie genau die Beschreibung der Symptome ist.

Wir benötigen folgende Einzelheiten von jedem Ihrer Symptome

Ort	Bitte geben Sie den genauen Ort der Empfindung, des Schmerzes oder des Ausschlages an. Ebenso beschreiben Sie, wohin der Schmerz oder das Gefühl sich ausbreitet. Bitte benutzen Sie die Abbildung auf Seite 27, um die genaue Örtlichkeit zu bestimmen.
Empfindung	Drücken Sie die Art der Empfindung oder des Schmerzes in Ihren eigenen Worten aus, so einfach oder so komisch es auch klingen mag. Sie haben zum Beispiel das Gefühl, als ob eine Maus auf Ihnen krabbelt, oder als ob das Herz durch eine eiserne Hand gepackt wäre, oder Sie haben vielleicht einen Schmerz, der schneidend, brennend, springend oder drückend ist. Drücken Sie also das Gefühl so aus, wie Sie es selber empfinden.
Wann ist etwas besser oder schlimmer bei Ihren Beschwerden	Viele Faktoren mögen einen Einfluß auf Ihre Beschwerden haben. Manche Faktoren verschlimmern Ihre Beschwerden und manche bessern Ihre Beschwerden. Eine detaillierte Liste dieser Faktoren ist auf Seite angeführt. Bitte schlagen Sie diese auf, wenn Sie jede Ihrer Beschwerden beschreiben und unterstreichen Sie die Faktoren, die Ihre Beschwerden besser oder schlimmer machen.
Absonderungen	Sie haben möglicherweise Absonderungen aus Geschwüren, Fisteln, Ausschlägen, auf der Haut, aus den Lungen, Augen, Nase, Ohren, Mund, intimen Teilen usw. Bitte beschreiben Sie diese Absonderungen unter den folgenden Gesichtspunkten: <ul style="list-style-type: none">– Die Menge und die Zeit oder die Bedingungen, unter denen die Menge sich verändert, das heißt, wann sind sie besser und wann sind sie schlimmer, oder wann nehmen sie zu und wann nehmen sie ab?– Die Beschaffenheit oder Konsistenz: Ist es dünn oder dick, zieht es Fäden oder ist es klumpig? Der Geruch, oder woran erinnert Sie es noch?– Ist es wie Gelee, wie Eiweiß, wie Wasser, klebrig, bildet es Schuppen usw.? Verursacht es Wundsein der Teile?

Nr. Wo ist diese Beschwerde? Was genau fühlen Sie oder haben Sie da? Welches sind die Faktoren, die die Beschwerden besser oder schlechter machen?

Bitte bezeichnen Sie auf der Zeichnung die Stellen Ihrer Beschwerden, und beschreiben Sie die genaue Empfindung und die Art des Schmerzes, die Sie an diesen Stellen empfinden.

Zum Beispiel, wenn Sie klopfende Kopfschmerzen auf der rechten Seite des Kopfes haben, so schreiben Sie dieses, wie es im Beispiel steht.





