

## FRAGEBOGEN ZUR HOMÖOPATHISCHEN BEHANDLUNG

## **Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,**

es ist mir ein Anliegen, Ihre personenbezogenen Daten zu schützen. Nach der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erfasst, gespeichert oder weitergeleitet werden. Außerdem finden Sie in dieser Information auch eine kurze Übersicht zu Ihren Rechten im Rahmen des Datenschutzes.

**Verantwortlich für die Datenverarbeitung in meiner Praxis:** Markus Acker, Praxis für Klass. Homöopathie, Lärchenstr. 2, 53578 Windhagen Tel: 02645-3499, email: [info@markusacker.de](mailto:info@markusacker.de)

### **Zweck der Verarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Bei den Daten, die ich verarbeite, handelt es sich insbesondere um Gesundheitsdaten, zu denen Anamnese, Diagnose, Therapieempfehlungen und Befunde gehören, die ich oder andere Therapeuten erheben. Zu diesem Zweck können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte und Therapeuten Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre sorgfältige Behandlung. Möchten Sie die notwendigen Informationen nicht geben, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

### **Empfänger Ihrer Daten**

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt/vorgegeben ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt zum Zweck der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung Ihrer Daten gegebenenfalls an weitere berechnete Empfänger.

### **Speicherung Ihrer Daten**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen erforderlich ist. Danach bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### **Ihre Rechte zum Datenschutz**

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu verlangen und Sie können die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung Ihrer Daten und das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf rechtlicher Basis. Bei Einwilligung haben Sie das Recht, diese für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Eine Behandlung kann dann nicht weitergeführt werden. Außerdem haben Sie das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. **Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:** Aufsichtsbehörde Datenschutz Hessen Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, Tel.: 0611/14080, Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

### **Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Artikel 9 Absatz 2, h. der DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr.1 b. des Bundesdatenschutzgesetzes.

Hiermit erteile ich

Datum:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen

Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Markus Acker

Praxis für Klass. Homöopathie

Lärchenstr. 2

53578 Windhagen

Tel: 02645-3499, email [info@markusacker.de](mailto:info@markusacker.de)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben (Patienteninformation zum Datenschutz) habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Markus Acker, Praxis für Klass. Homöopathie, Lärchenstr. 2, 53578 Windhagen, Tel: 02645-3499, email [info@markusacker.de](mailto:info@markusacker.de)

Hiermit erteile ich

Datum:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Markus Acker

Praxis für Klass. Homöopathie

Lärchenstr. 2

53578 Windhagen

Tel: 02645-3499, email [info@markusacker.de](mailto:info@markusacker.de)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben (Patienteninformation zum Datenschutz) habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Markus Acker, Lärchenstr. 2, 53578 Windhagen, Tel: 02645-3499, email [info@markusacker.de](mailto:info@markusacker.de)

## **Bitte lesen Sie diesen Text, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen!**

Sie haben sich in Behandlung begeben, um gesund zu werden. Für eine erfolgreiche Verordnung sind dazu Informationen aus geistigen, seelischen und körperlichen Bereichen Ihres Organismus nötig.

Darüber hinaus sind Angaben aus Ihrer Kindheit, Jugend und solche, die sich auf Ihre Familie beziehen, relevant.

Dieser Fragebogen fasst die wichtigsten Bereiche zusammen. Sämtliche Fragen sind sorgfältig ausgewählt, und Ihre Antworten entscheiden über Diagnose und Therapie. Keine Frage ist unnötig!

Einige Fragen, die Ihnen auf den ersten Blick unwichtig erscheinen, sind für meine Arbeit von höchstem Wert.

- Beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen!
- Nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen!
- Bemühen Sie eventuell Ihre Eltern und Familienmitglieder für die Beantwortung der Fragen, die sich auf Ihre Kindheit und Jugend beziehen!
- Antworten Sie offen, ohne jede Hemmung!

Der Fragebogen besteht aus sechs Teilen:

Teil 1 enthält Fragen zu früher durchgemachten Erkrankungen sowie Angaben zur Krankengeschichte der Familie.

Teil 2 handelt von Ihren jetzigen Beschwerden.

Teil 3 behandelt Angaben über sonstige körperlichen Beschwerden.

Teil 4 fragt nach Fakten, die Ihre Gesundheit beeinflussen (überlegen Sie, welche der aufgeführten Faktoren Ihr Wohlbefinden beeinflussen und welche Auswirkungen diese haben).

Teil 5 behandelt geistige und seelische Bereiche Ihres Organismus (Bitte beantworten Sie diesen Teil offen und ohne jede Hemmung).

Teil 6 behandelt Schlaf und Träume

Ihre Antworten werden streng vertraulich nur für die Therapie verwendet (Datenschutz); sie sind Dritten nicht zugänglich.

## Patienteninformationen

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt

Pat. Nr.:

Datum:

Name:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Email:

Alter:

Geburtsdatum:

Beruf:

Vegetarier:

Lakto-Vegetarier:

Nicht-Vegetarier:

Größe:

Gewicht:

Hat sich Ihr Gewicht in der letzten Zeit wesentlich verändert?

Wenn Sie den Fragebogen abgeben, bringen Sie bitte sämtliche Ihnen zu Verfügung stehende Unterlagen über Ihre Beschwerden mit (z.B. Laborwerte, Röntgenbilder, Krankenhausberichte etc.)  
Teil (1)

## Frühere Erkrankungen und Medikamente

Jede Erkrankung, Vergiftung, Unfall u.s.w. hinterlässt Spuren und Schwachpunkte im Immunsystem eines Menschen. Bei der homöopathischen Behandlung werden alle diese Einflüsse berücksichtigt.

Unterstreichen Sie bitte in der Liste unten sämtliche durchgemachten Erkrankungen und Beschwerden und geben Sie auf der nächsten Seite eine detaillierte Beschreibung!

Masern	Mumps	Scharlach	Keuchhusten	Windpocken	Röteln
Polio	Diphtherie	Tonsillitis	Warzen	Herpes	
Würmer	Ruhr	Typhus	Paratyphus	Cholera	Malaria
(sonst. Tropenerkrankungen)			Lebensmittelvergiftung		

Geschlechtskrankheiten,	Tumor (Krebs-Früherkennung regelmäßig, wann letzte?)		
Diabetes	Gicht	Mangelernährung	Asthma
Rheumatismus	Apoplex		

Steine der Blase / Nieren / Galle

Allergien

Fehlgeburten, Erkrankungen während der Schwangerschaft

Erkrankungen des Herzens, Blutdruckerhöhung, Rhythmusstörungen,

Schwindel

Erkrankungen der Nieren, Harnleiter, Blase, Harnröhre, Prostata

Erkrankungen der Lungen, Bronchien, Asthma, Tuberkulose

Wiederkehrende Infektionen, Erkältungsneigung

Ernste Schockzustände. Kummer, Ängste, Enttäuschungen, Depressionen

Ernste Unfälle Verletzungen des Körpers, des Kopfes, Bewusstlosigkeit

Starke Blutungen Wurde an Ihnen eine Lumbalpunktion vorgenommen?

Hauterkrankungen	Akne.	Furunkel,	Karbunkel,	Pilz,
Scabies,	Ekzem,	Urticaria.	Dermatitis,	Allergien.
Geschwüre				

Operationen an Mandeln, Blinddarm. Nieren, Blase, Phimose, Hydrocele etc. (Welche Methode der Anästhesie wurde benutzt?)

Sonstige Erkrankungen oder Operationen

Impfungen: Grippe, Tetanus, Polio, Pocken, Masern, Mumps, Windpocken, Keuchhusten etc.

### Angaben zu durchgemachten Erkrankungen

Krankheit	Alter	Dauer	Genesen	Medikamente

Tragen Sie hier zusätzliche Informationen und Besonderheiten zu durchgemachten Erkrankungen ein. Soweit möglich, vermerken Sie hier ebenfalls sämtliche Medikamente, Stimulantien etc., die von Ihnen bis heute eingenommen wurden sowie Ihnen bekannte Unverträglichkeiten und Allergien gegen Medikamente, Nahrungsmittel etc.

### Familienanamnese

Verwandtschaftsgrad	Lebend/Tod	Alter	Erkrankt an	Todesursache
Vater				
Mutter				
Großvater väterlich				
Großmutter väterlich				
Großvater mütterlich				
Großmutter mütterlich				

Hatte einer Ihrer Verwandten ähnliche Beschwerden wie Sie?



Teil (2)

### Hauptbeschwerde und Symptome

Schildern Sie hier Ihre Hauptbeschwerde. Beginn, Dauer und bisheriger Verlauf der Erkrankung. Geben sie so genau wie möglich Ihre Symptome an. Gibt es Begleiterscheinungen, die Ihnen eigenartig erscheinen? Können Sie Angaben zur Ursache machen z.B. Schock, Verletzung, Ärger, Fehler in der Diät, Überanstrengung, Kälte, Wärme etc.)?

Gibt es Umstände, die Ihre Beschwerden verschlimmern, bessern oder gar zum Verschwinden bringen?


Welche Medikamente nehmen Sie gegen Ihre jetzigen Beschwerden ein?

	Mo	Mi	Ab	Na

Teil (3)

### Appetit und Durst

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?

Wie ist Ihr Appetit?

Wie schnell essen Sie?

Was passiert, wenn Sie lange hungrig bleiben?

Bevorzugen Sie warme oder kalte Speisen bzw. Getränke?

Sind Sie zu einer bestimmten Tageszeit besonders hungrig oder durstig?

Ist der Geschmack im Mund häufig fad/bitter? sonst:

Markieren Sie bitte die Stärke Ihres Verlangens (V), Ihrer Abneigung (A) bzw. Unverträglichkeiten (U) in Ziffern: 3 stark, 2 weniger stark, 1 schwach

	V	A	U		V	A	U
Bitter Salzig Süßes Sauer				Kartoffeln Reis Nudeln Brot			
Fleisch Fisch Fettes Butter				Milch Eier Quark Jogurt			
Kohl Zwiebeln Hülsenfrüchte Obst				Kaffee Alkohol Zigaretten sonst. Drogen			
Warmes Kaltes Gewürztes Mildes				Kalk (bei Kindern) Erde (Bei Kindern) sonst. Verl./Abneig. Unverträglich			

Wie fühlen Sie sich nach den Mahlzeiten?

Morgens

Mittags

Abends

Was bewirken die schlecht verdaulichen Lebensmittel?

Völlegefühl

Blähungen

Aufstoßen

Übelkeit

Erbrechen

Stuhlgang

Haben Sie Beschwerden mit regelmäßiger Darmentleerung?

Wann und wie oft haben Sie Stuhlentleerung?

Müssen Sie sich anstrengen beim Stuhlgang?  
Sogar wenn er weich ist?

Haben Sie Aufstoßen? Gibt es hierbei Besonderheiten bezüglich der Zeit,  
des Geschmacks etc.?

Haben Sie Blähungen? Gibt es hierbei Besonderheiten bezüglich der Zeit, des Geruchs etc.?

Fühlen Sie sich nach Aufstoßen oder Abgang von Blähungen besser oder bessert es gar nicht?

### **Harn**

Haben Sie Probleme vor, während oder nach dem Wasserlassen?

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fließen des Urins?

Langsamer Beginn, fließt mit Unterbrechungen, Nachträufeln etc.?

Fließt Urin unwillkürlich? Wann?

Riecht Ihr Urin? Wonach?

### **Sexualsphäre (Allgemeiner Teil)**

Gibt es Auffälligkeiten in Ihrer Sexualsphäre die Ihnen eigenartig erscheinen?

Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?

Wie fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr?

Tauchen vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr Beschwerden auf?

Leiden Sie an sonstigen sexuellen Störungen?

Neigen Sie zur Masturbation?

Hatten oder haben Sie eine venerische Erkrankung (z. B. Gonorrhoe)?

Haben Sie ein schwaches oder starkes Sexualverlangen?

Welche Methode benutzen Sie zur Familienplanung?

## **SEXUALSPHÄRE (Männer)**

Haben Sie Beschwerden mit der Erektion?

Sonstige Beschwerden innerhalb der Sexualität?

## **SEXUALSPHÄRE (Frauen)**

Sind Ihre Menses regelmäßig oder unregelmäßig?

In welchem Alter hatten Sie Ihre ersten Menses bzw. Ihre Menopause?

Gibt es Beschwerden mit den Menses?

Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach den Menses?

Haben Sie ein Herabdrängungsgefühl vor, während oder nach den Menses?

Geben Sie hier die Dauer der Intervalle zwischen zwei Menses sowie die Dauer der Menses selbst an!

Wechselt das Blut während der Menses in Menge, Farbe, Geruch oder Konsistenz?

Sind Absonderungen schwierig auszuwaschen?

Hatten Sie Beschwerden vor, während oder nach der Menopause?

Haben Sie Ausfluss?

Beschreiben Sie Menge, Farbe, Geruch und Konsistenz!

Wann und unter welchen Umständen ist dieser Ausfluss mehr oder weniger?  
Steht der Ausfluss in irgendeinem Zusammenhang mit den Menses?

Wie wirkt sich der Ausfluss auf Ihr Allgemeinbefinden aus?

Gibt es sonstige Beschwerden (Juckreiz, Wundsein, Schmerzen)?

Haben Sie Beschwerden mit der Brust?

## **Brust, Erkältungen, Husten**

Erkälten Sie sich häufig?  
Wenn ja, beschreiben Sie den Verlauf.

Geben Sie hierbei die Symptome  
sowie Geruch, Farbe und Eigenschaften  
der Absonderungen an.

Haben Sie Probleme mit Ihrer Stimme?

Fällt Ihnen das Atmen schwer? Wann?

Haben Sie dauernd Husten?

### **Schweiße und Temperaturempfinden**

Wie viel schwitzen Sie?

Wo schwitzen Sie hauptsächlich?

Schwitzen Sie an den Handinnenflächen?

Besteht Neigung zu Fußschweiß?

Wann schwitzen Sie hauptsächlich?

Ist Ihr Schweiß warm, kalt, klamm.  
Klebrig, schmierig?

Färbt Ihr Schweiß die Wäsche oder  
macht er diese steif?

Wonach riecht Ihr Schweiß?

Gibt es Begleitsymptome vor, während  
oder nach dem Schwitzen?

Wann fühlen Sie sich fiebrig oder frostig?

Empfinden Sie an einem bestimmten Körperteil,  
zu einer bestimmten Zeit Kälte oder Hitze?

Brennen die Handinnenflächen oder Fußsohlen?

Wie vertragen Sie Bettwärme?

Wie vertragen Sie Sonnenbestrahlung?

### **Schlaf**

Beschreiben Sie Ihre Schlaflage.

Können Sie in jeder Lage schlafen?

In welcher Lage können Sie nicht schlafen?

Müssen Sie sich sehr warm zudecken?

Oder haben Sie immer einen Körperteil aufgedeckt während des Schlafs?

Bereiten Ihnen Schnarchen, Zähneknirschen,  
Speichelfluss, Nachtschweiß, Ruhelosigkeit  
etc. Beschwerden?

Beschreiben Sie es, falls Ihnen irgendetwas an  
Ihrem Schlafverhalten eigenartig vorkommt!

#### SONSTIGES

Ein Fragebogen ist immer unvollständig - leider!  
Tragen Sie hier Informationen ein, die nicht erwähnt wurden, Ihnen  
aber wichtig erscheinen!

### **Allgemeiner Teil**

Was machen Sie am liebsten?

Was ist Ihnen am unangenehmsten?

Was ist Ihrer Meinung nach der Teil Ihrer  
Persönlichkeit, der Ihnen am wenigsten  
gefällt, und obwohl Sie sich darüber im  
klaren sind, können Sie ihn nicht ändern?

Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

Schwindel: Leiden sie unter Gangunsicherheit  
oder Schwindel?

Kreislauf: Wird Ihnen häufig schwarz vor Augen,  
sind Sie schon mal ohnmächtig geworden?

Kopf: Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

Augen und Sehkraft:

Ohren und Hören:

Nase und Riechen:

Gesicht und Gesichtsausdruck:

Mund und Geschmack:

Lippen, Mund und Zunge:

Zähne und Zahnfleisch:

Leiden Sie unter Karies, Zahnfleischschwund,  
blutendem oder geschwellenem Zahnfleisch?

Lippen: Sind Ihre Lippen wund oder trocken,  
reißen Ihre Lippen häufig ein?

Rachen: Haben Sie häufig Entzündungen dort?  
Schmerzen beim Schlucken?

Haben Sie Beschwerden im Bewegungsapparat?  
Gelenke, Glieder, Rücken etc.

Wenn Sie Schmerzen haben,  
wohin dehnen diese sich aus?

Gibt es Taubheitsempfinden, Schwellungen,  
Lähmungen einzelner Körperteile?

Haben Sie Beschwerden mit der Haut,  
Akne, Furunkel, Warzen etc.?

Haben Sie Beschwerden mit den  
Finger- oder Fußnägeln?

Haben Sie Beschwerden mit den Haaren,  
Trockenheit, Schuppen etc.?

Haben Sie eine Neigung zu Blutungen?

Heilen Wunden schlecht? Vereitern  
Wunden schnell, oder heilen Sie narbig  
ab, oder bilden sich leicht Keloide?

Treten Ihre Beschwerden einseitig auf,  
haben Sie eine "Schokoladenseite"?

Zittern Sie? Wann?  
Fühlen Sie sich häufig  
schwach, wann, wodurch?

Bezieht sich diese Schwäche auf  
einen bestimmten Körperteil oder  
betrifft es Sie allgemein?

Teil (4)

### **Faktoren, die Ihr Gesundheitsempfinden beeinflussen**

Es folgt eine Liste von Dingen, denen wir im täglichen Leben ausgesetzt sind. Einiges wird Ihr Befinden erkennbar verändern.

Geben Sie bitte an, wie diese Dinge Sie beeinflussen!

Wenn Sie z.B. Asthma haben, das durch Liegen auf dem Rücken schlimmer

wird, so schreiben Sie hinter der Rubrik "Liegen auf dem Rücken":  
Asthma schlechter.

Oder angenommen: Sie bekommen Kopfschmerzen durch Sonne, so schreiben Sie hinter der Rubrik "Sonne": Kopfschmerzen.

Manchmal wird Sie ein Faktor in zweifacher Hinsicht beeinflussen. wenn z.B. kalte Luft Kopfschmerzen auslöst, kann es dennoch sein, dass Sie sich allgemein besser fühlen. Solche Zusammenhänge sind für die korrekte homöopathische Verordnung häufig von hohem Wert.

Bearbeiten Sie deshalb diesen Abschnitt besonders sorgfältig und nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen!

Heißes Wetter		Liegen	
Kaltes Wetter		Rückenlage	
Regen		Bauchlage	
Bewölkung		Seitenlage rechts	
Wetterwechsel		Seitenlage links	
Gewitter		Morgens	
Heißes Bad		Vormittags	
Kaltes Bad		Nachmittags	
Sonne		Abends	
Sitzen		Nachts	
Stehen		Vollmond	
Gehen		Neumond	
Laufen		Plötzl. Geräusche	
Treppensteigen		Musik	
Treppabsteigen		Licht	
Fahren im Auto		Starke Gerüche	
Vor Stuhlgang		Husten	
Während Stuhlgang		Niesen	
Nach Stuhlgang		Lachen	
Vor Wasserlassen		Sprechen	
Während Wasserlassen		Lesen	
Nach Wasserlassen		Schreiben	
Vor Menses		Bücken	
Während Menses		Vor Verabredungen	
Nach Menses		Vor Prüfungen	
Nach Schwitzen		Wenn zornig	
Beim Fasten		Wenn besorgt	



Nach dem Essen		Wenn traurig	
Beim Trinken		Nach Weinen	
Aufstoßen		Wenn getröstet	
Blähungen		Wenn alleine	
Zugluft		In Gesellschaft	
Haare schneiden		Denken an Krankheit	
Haare kämmen		Wenn andere reden	
Vor dem Schlaf		Geistige Anstrengung	
Während des Schlafs		Körperl. Anstrengung	
Nach dem Schlaf		Seeluft	
Nach Mittagsschlaf		Gebirge	
Zu wenig Schlaf		Feuchtigkeit	
Gähnen		Staub/Qualm	
Aufwärtssehen		Druck	
Abwärtssehen		Berührung	
Hochgelegene Orte		Massage	
Enge Bekleidung		Anheben d. Arme	

Teil (5)

### **Gemüt**

Es gilt als allgemein anerkannt, dass unser Gemüt den gesamten Organismus nachhaltig prägt. Um eine korrekte Verordnung zu treffen, ist es hilfreich und in bestimmten Fällen absolut erforderlich, Ihre seelische und intellektuelle Natur zu verstehen, denn Homöopathie ist eine ganzheitliche Medizin und kann Sie nur ganzheitlich behandeln.

Beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen offen und vollständig! Alle Informationen, die Sie in diesem Fragebogen geben, unterliegen streng der Schweigepflicht.

Sind Sie ängstlich? Wodurch?

Haben Sie Furcht vor bestimmten Dingen, wie z. B. Tieren, Menschen, beim Alleinsein, in einer Menschenmenge, in der Dunkelheit etc.?

Sind Sie misstrauisch? Wogegen?

Sind Sie eifersüchtig? Auf wen oder was?

Treten dabei besondere Symptome auf?

Sind Sie ungeduldig? Gehen Ihnen Dinge immer zu langsam?

Sind Sie leicht verletzbar?  
Nachtragen?

Sind Sie sehr stolz?  
Wird Ihr Stolz leicht verletzt?

Sind Sie häufig schwermütig?

Brüten Sie lange über Dinge nach und  
gehen Ihnen Dinge nicht aus dem Kopf?

Haben Sie schon mal an  
Selbstmord gedacht?

Wann sind Sie fröhlich?

Haben Sie eingebildete Empfindungen  
oder Ängste?

Hören Sie Stimmen oder Geräusche obwohl  
Sie sicher sind, dass dies nicht sein kann?

Wie ist Ihr Gedächtnis?  
Wofür ist Ihr Gedächtnis schwach,  
Namen, Zahlen etc.?

Weinen Sie leicht?  
Was macht Sie weinen?  
Wie fühlen Sie sich danach?

Wie fühlen Sie sich durch Trost?

Wie fühlen Sie sich durch Mitleid?

Sind Sie leicht reizbar und aufbrausend?

Lieben Sie Gesellschaft oder  
sind Sie lieber alleine?

Was kann Sie rasend machen?

Welche Körpersymptome entwickeln Sie,  
wenn Sie zornig sind (Zittern, Schwitzen etc.)?

Fühlen Sie sich tatsächlich schlecht, wenn  
es in Ihrer Umgebung unsauber ist?

Was war die größte Enttäuschung Ihres Lebens?

Was war das größte Glück Ihres Lebens?

Teil (6)

**Träume**

Markieren Sie die Träume, die Sie häufig haben

Tiere Hunde/Katzen Pferde Schlangen	Räuber, Diebe Geister Ängstliche Unfälle	Reisen Reiten Fliegen Schwimmen	Häuser Früchte Bäume Blumen
Wasser Schnee Feuer Regen/Sturm	Tod Leichen Selbstmord Körperteile	Hunger Durst Essen Trinken	Fallen Schießen Krieg Brutalität
Reden Singen Tanzen Schöne Träume	Geschäft Geld Tagwerk Prüfungen	Erbrechen Stuhlgang Wasserlassen Bluten	Romantische Sexuelle Vergewaltigung Nacktheit
Schmerzen Krankheit Gott Kirche	Predigen Religiöse Tempel Gottesdienst	Versagen Unvorbereitet Zug verpasst Fehler	Kummer Weinen Anstrengung Ärger
Eifersucht Neid Beleidigung Unglück	Polizei Eingesperrt Mörder Gift	Prophetische Unsicherheit Gefahr Bestrafung	Körperl. Anstrengung Geistige Anstrengung Erschöpfung Ohnmacht
Alte Leute Kinder Feste Hochzeiten	Beerdigung Vergangenes Gegenwärtiges Zukünftiges	Träumen Sie in: Schwarz/Weiß Farbe stark farbig	Träumen Sie zu bestimmten Zeiten immer das Gleiche?

**Sonstiges**

Ein Fragebogen ist immer unvollständig. Tragen Sie hier Informationen ein, die nicht erwähnt wurden, Ihnen aber wichtig erscheinen!
