

Fragebogen für die homöopathische Behandlung

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Zivilstand: _____

Gewicht: _____ Grösse: _____

Anschrift und Telefonnummer:

Krankenkasse:

(meine Kosten werden im Rahmen der Alternativ-Zusatzversicherung übernommen)

Beruf - Arbeitgeber: _____

Fragebogen ausgefüllt am: _____

Farbfoto wen möglich,
bitte beilegen
(nicht einkleben)

Erstkonsultation am: _____

Dieser Fragebogen, zusammen mit dem Anamnesegespräch, ist die Grundlage für die Behandlung von Ihnen nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Daher bitte ich Sie um sorgfältige Bearbeitung. Mit dem Fragebogen allein ist kein homöopathisches Arzneimittel bestimmbar! Das Wichtigste bleibt immer das **persönliche Gespräch**.

Bitte unterstreichen Sie die für Sie zutreffenden Fragen, und/oder schreiben Sie die Antwort auf den dafür freigelassenen Raum. Es interessieren nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern auch alle schon früher aufgetretenen Krankheiten oder Störungen.

Verwenden Sie bitte einen Kugelschreiber (keine Tinte, keinen Filz- oder Bleistift).

Der Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht.

1. Familie / Familienanamnese

1.1. Bitte Angaben über alle Erkrankungen und Operationen (vor allem aber auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen, auch Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Sucht- und Geisteskrankheiten). Darüber hinaus sind eiternde und/oder zugewachsene Ohrringlöcher, eingewachsene Zehennägel, nächtlicher Speichelfluss, Impffolgen, nicht angegangene Impfungen und Ähnliches von Interesse. Bitte auch kurze Angaben über Tuberkulinproben und Tub.-Impfungen (BCG). Bitte so genau wie möglich nachforschen.

Mutter: _____

Vater: _____

Welche weiteren Erkrankungen der Blutsverwandtschaft sind noch bekannt? Bitte geben Sie den Grad der Verwandtschaft an. Beachten Sie dazu die 3 nachfolgenden Seiten:

Anämie
Gicht/Arthrose
Gallensteine
Hepatitis
Herzerkrankungen
Tod durch Grippe
Malaria
Tripper
Chron. Unterleibsentzündungen
Myome
Sterilität nach dem ersten Kind
Chron. Nasenkatarrhe
Chron. Harnröhrentzündung
Warzen
Eiternde Ohringlöcher
Neuralgien (Nervenschmerzen)
Augenerkrankungen
Diabetes
Chron. Nierenbeschwerden
Krampfadern
Bluthochdruck
Herzinfarkt
Lähmung
Schlaganfall
Rheuma
Krebs
Psoriasis (Schuppenflechte)
Alkoholismus
Geisteskrankheit
Depression

Selbstmord

Lernbehinderung

Tuberkulose (Lungen, Knochen)

Meningitis (Hirnhautentzündung)

Fisteln

Polypen

Epilepsie

Chronische Bronchitis

Asthma

Tod durch Lungenentzündung

Kropfbildung

Bluterkrankheit

Herpes/Gürtelrose

Furunkulose

Vitilgo (Weissfleckenkrankheit)

Neurodermitis

Allergien (Heuschnupfen, Haut)

Knochenfrass, -eiterung

Typhus

Syphilis

Legasthenie

Totgeburt/Fehlgeburt

Zwillingsschwangerschaft

Rachitis

Angeborene Fehlbildungen
(Klumpfuß, Buckelbildung, Herzfehler
Hasenscharte, Blindheit usw.)

Kleinwuchs

Stottern

Arterienverkalkung

Diphtherie

Geschwüre

Parkinson (Schüttellähmung)

Multiple Sklerose

Fischschuppenkrankheit

AIDS

2. Ihre Krankengeschichte

2.1. Kurzfassung (chronologisch)

3. Schwangerschaft / Geburt (falls Nachforschungen möglich)

3.1. Verlauf der Schwangerschaft / Untersuchungen (Fruchtwasser-U. etc.) / Impfungen / Blutgruppenunverträglichkeit / Bluttransfusion / Virusinfekte / sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse?

Bitte auch kurze Angaben über Tuberkulinproben und Tub.-Impfungen (BCG). Bitte so genau wie möglich nachforschen.

Mutter: _____

3.2. _____ geimpft? - Wenn ja, wann?/ wogegen?
Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

Geburtsgewicht: Grösse: Komplikationen?

4. Geistige/körperliche/statomotorische Entwicklung (falls Nachforschungen möglich)

- 4.1. Liegt eine angeborene / erworbene Behinderung vor? - Bitte genaue Angaben.
- 4.2. Wann reagierten Sie zum ersten Mal auf Ansprache?
- 4.3. Wann sinnvolles Sprechen?
- 4.4. Liegt ein Sprachfehler vor? - Seit wann?
- 4.5. Wann Fontanellenschluss?
- 4.6. Wann erste Zähne? / Erschwerte Zahnung?
- 4.7. Wann Aufstützen auf die Hände / Drehen vom Bauch auf den Rücken / Drehen vom Rücken auf den Bauch / Sitzen / koordiniertes Krabbeln / Stehen / freies Laufen?
- 4.8. Größenwachstum normal / verzögert / beschleunigt?
- 4.9. Wann sind Sie sauber geworden?
- 4.10. Wirkten Sie altersgemäss?

5. Neigung zu bestimmten Erkrankungen

- 5.1. Neigung zu häufigen: Mittelohrentzündungen (eitrig?) / Mandelentzündungen (eitrig?) / Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen / Bronchitiden / Lungenentzündungen / Krupp bzw. Pseudokrupp / Erkältungskrankheiten / sonstigen fieberhaften Infekten / Fieberkrämpfen?
- 5.2. Krampfneigung? / Epilepsie?
- 5.3. Haben sie ein Zucken (z.B. Augen, Mundwinkel, usw.) / eine sich häufig wiederholende Bewegung?
- 5.4. Hatten Sie schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt? - Nach der Geburt? / Nach einem Unfall? / Fieberkrämpfe? / Bei bestimmten Ängsten? etc.
- 5.5. Treten die Krämpfe nur einseitig auf? - rechts / links / ganzer Körper?
- 5.6. Wann treten/traten sie auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitzestadium / Froststadium) helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / beim Anblick von Wasser / beim Anblick von glitzernden Gegenständen / seit Geburt / periodisch / bei Vollmond?
- 5.7. Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? - Gibt es Nahrungsmittel-zusammenhänge wie Milch / Erdbeeren / etc.?
- 5.8. Neigung zu Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Verstopfung?
- 5.9. Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? / Wann? / Wonach traten sie das erste Mal auf? / Vermutete Ursache? / Wie behandelt?
- 5.10. Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

6. Kinderkrankheiten

- 6.1. Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Diphtherie / Keuchhusten / Windpocken / Pfeiffersches Drüsenfieber.
- 6.2. Wie wurde behandelt? Welche Medikamente?
- 6.3. Bei exanthematischen Erkrankungen (Krankheiten mit Hautausschlägen, wie z.B. Scharlach): Kam der Hautausschlag richtig heraus? - Bitte genaue Angaben.
- 6.4. Gab es Komplikationen? - Wenn ja, bitte beschreiben.

7. Impfungen

- 7.1. Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen haben Sie erhalten? Wann? - Tbc (BCG) / Poliomyelitis = Kinderlähmung / DPT = Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus / MMR = Masern, Mumps, Röteln / HIB / Grippe / Zecken / Tollwut / Hepatitis / Tuberkulinproben / Sonstige.
- 7.2. Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es Impfreaktionen (z.B. hohes Fieber, Apathie, Lähmungserscheinungen, schrilles Schreien oder Schreikrämpfe, Krampfen, Wesensveränderungen, Meningitis = Hirnhautentzündung, Encephalopathie = Gehirnerkrankung, Schlafsucht etc.)? - Beschreiben Sie ausführlich.

8. Allgemeines

- 8.1. Rechts- / Linkshänder?
- 8.2. Sind Sie zu mager? - Trotz guten Appetits? - An welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine etc.)?
- 8.3. Sind Sie zu dick? An welchen Körperregionen besonders?
- 8.4. Frieren Sie sehr leicht oder sind Sie eine ausgesprochen warme Person?
- 8.5. Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?
- 8.6. Sind Sie geräuschempfindlich?
- 8.7. Sind Sie empfindlich gegen Gerüche?
- 8.8. Haben Sie bei sich einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, nach Stuhl)? - Wann? / Trotz Waschens oder Badens? / Wo am Körper?
- 8.9. Vertragen Sie enganliegende Kragen oder enge Gürtel? Vertragen Sie eine Krawatte um den Hals?
- 8.10. Vertragen Sie Wolle auf der Haut?
- 8.11. Baden Sie gerne, oder empfinden Sie baden als unangenehm?
- 8.12. Gibt es Symptome/Beschwerden, die immer wieder auftreten (stundenweise / tageweise / alle paar Monate / Jahreszeiten)?
- 8.13. Gibt es Krankheitszeichen, die durch bzw. nach der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes entstanden sind?
- 8.14. Bestehen die Beschwerden seit einem Schreck oder Schockerlebnis?

- 8.15. Gibt es eine auffallende Seitenbetonung?
Vorwiegend linksseitige / rechtsseitige Symptome?
/ von links nach rechts wandernd / von rechts nach
links wandernd? / von einer Seite zur anderen (hin
und her)?
- 8.16. Sind sie sehr berührungsempfindlich - Sehr
kitzelig? Wo besonders (z.B. an der Wirbelsäule)?
Ist es Ihnen unangenehm angesehen / angefasst
zu werden?
- 8.19. Gab es Unfälle / Knochenbrüche /
Gehirnerschütterung / Operationen /
Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen?
- 8.20. Nennen Sie alle Medikamente, die Sie bislang
erhalten haben.

9. Witterungseinflüsse

- 9.1. Welches Wetter lieben Sie? Welches mögen Sie
überhaupt nicht? - Wie reagieren Sie (z.B. bei
Sonne / Regen)?
- 9.2. Sind Sie anfällig auf Zugluft / Kälte / nasskaltes
Wetter / Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei
bzw. vor Gewittern bei bzw. vor Sturm /
Wetterwechseln / Vollmond bzw. Neumond / zu-
oder abnehmendem Mond?
- 9.3. Wie geht es Ihnen am Meer / im Gebirge?

10. Zeiten

- 10.1. Welche Jahreszeit mögen Sie ganz besonders?
Wann fühlen Sie sich deutlich schlechter?
- 10.2. Zu welcher Zeit sind Sie besonders weinerlich,
schläfrig, hungrig, schwierig?
- 10.3. Zu welcher Zeit sind Ihre Beschwerden /
Schmerzen am intensivsten? - morgens /
vormittags / mittags / nachmittags / abends /
nachts / vor oder nach Mitternacht / eindeutig zu
einer ganz bestimmten Uhrzeit? - Wann?

11. Schlaf

- 11.1. Wie ist der Schlaf? - unauffällig / sehr leicht /
unruhig / verspätetes Einschlafen / zu frühes
Erwachen?
- 11.2. Schlafen Sie mit offenem Mund?
- 11.3. Rollen Sie mit dem Kopf beim Einschlafen?
- 11.4. Schlafen Sie mit nach hinten geneigtem Kopf?
- 11.5. Brauchen Sie Wärme oder warmes Zudecken?
- 11.6. Sind die Füße zu heiss und werden unter der
Decke hervorgestreckt?
- 11.7. Zucken Sie im Schlaf zusammen? Fahren Sie aus
dem Schlaf auf?
- 11.8. Schreien Sie öfter nachts auf?
- 11.9. Wandern Sie zeitweise nachts umher?
- 11.10. Knirschen Sie mit den Zähnen?
- 11.11. Träumen Sie oft? - Angstträume? / Träume mit
sich wiederholendem Inhalt? Bitte genauere
Angaben, wenn möglich.

- 11.12. Sprechen Sie im Schlaf?
- 11.14. Haben Sie lange eingenässt? - Wann und seit wann?
- 11.15. Schwitzen Sie? Wann besonders? Wenn ja, an welchen Stellen, und wie riecht der Schweiß?
- 11.16. Schlaflage: Bitte beschreiben Sie die häufigste Lage.
- 11.17. Sonstige Auffälligkeiten?

12. Ess- und Trinkgewohnheiten

- 12.1. Wie ist Ihr Appetit?
- 12.2. Sind Sie ein guter / schlechter Esser?
- 12.3. Essen Sie schlecht und sind doch gut genährt?
- 12.4. Essen Sie gut, nehmen aber nicht zu? u.U. sogar abgemagert?
- 12.5. Heisshungeranfälle - zu bestimmten Zeiten, evtl. auch nachts?
- 12.6. Schwitzen Sie während des Essens oder Trinkens?
- 12.7. Sonstige Gewohnheiten bzw. Auffälligkeiten?
- 12.8. Durst - normal / kaum / gross / wann besonders (z.B. nachts)? / Was wird bevorzugt oder abgelehnt?
- 12.9. Verlangen - Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: - kalt / heiss / sauer / süss / salzig / geräuchert / stark gewürzt / scharf / Senf / Speck / Milch / Fisch / Fleisch / Wurst / Schinken (roh) / Kartoffeln / Fett und fette Speisen / Butter / Käse / Brot / Eier / Obst (unreifes Obst?) / Orangen / Eiscreme / Eiswürfel / Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide) / Sonstiges?
- 12.10. Abneigungen, u. U. sogar Ekel - Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: kalt / heiss / sauer / süss / Milch / Fett und fette Speisen / Butter / Käse / Eier / Fleisch / Schinken (roh) / Kartoffeln / Schweinefleisch / Fisch / Salat / grünes Gemüse / Sonstiges?
- 12.11. Unverträglichkeiten - Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: z.B. Fruchtsaft (wird danach wund), Milch / Sonstiges? - Welche Reaktionen treten auf?
- 12.12. Was gibt es noch zum Essen und Trinken zu sagen?

13. Fieber

- 13.1. Reagieren Sie schnell mit Fieber? - Zu welchen Gelegenheiten? / Wie hoch?
- 13.2. Haben Sie Durst bei Fieber? Worauf? - auf Kaltes / Warmes / in grossen / kleinen Schlucken?
- 13.3. Schwitzen Sie bei Fieber?
- 13.4. Nehmen Sie fiebersenkende Mittel? Welche? - Auch schon früher einmal? / Wann?
- 13.5. Hatten Sie schon einmal einen Fieberkrampf gehabt? Wann? Wie ist dieser verlaufen? Behandlung?

14. Kopf

- 14.1. Beschreiben Sie Ihre Kopfform. - gross / klein / kantig?
- 14.2. Wie sind Ihre Haare? - Farbe kräftig / fein / fettig / trocken / glanzlos / filzig / kleben zusammen?
- 14.3. Riechen die Haare? - Trotz Waschens? / sauer / muffig?
- 14.4. Haben Sie Haarausfall? - Wenn ja, bitte beschreiben.
- 14.5. Hatten Sie Milchschorf / Schuppen / Läuse - Wie wurde behandelt?
- 14.6. Schwitzten Sie am Kopf? - Wo genau und wann?

15. Kopfschmerzen

- 15.1. Wo ist der Kopfschmerz lokalisiert? - Stirn / Schläfen / Hinterkopf / welche Seiten? / Ausstrahlung wohin? / wandernder Schmerz? / etc.
- 15.2. Wie ist die Art des Kopfschmerzes (stechend, pochend etc.)? - Bitte genau beschreiben.
- 15.3. Welche Begleitsymptome treten auf? (z.B. Sehstörungen / Schwindel / Übelkeit / Erbrechen / Kollapsneigung / etc.)
- 15.4. Durch was wird der Kopfschmerz gebessert / verschlechtert (z.B. nach der Arbeit)?
- 15.5. Gibt es erkennbare Zusammenhänge oder auslösende Ursachen?

16. Gesicht

- 16.1. Beschreiben Sie Ihre Gesichtsfarbe.
- 16.2. Wirkt die Haut sauber / schmutzig?
- 16.3. Scheinen die Blutgefässe durch? / Gibt es Sommersprossen?
- 16.4. Haben Sie umschriebene rote Flecke auf den Wangen? - evtl. nur bei Fieber?
- 16.5. Haben Sie blaue Ringe um die Augen?
- 16.6. Gibt es Hautausschläge? - Welcher Art? / Behandlung?

17. Augen

- 17.1. Farbe der Augen? / der Skleren (das Weiss der Augen)?
- 17.2. Augenfehlstellung? - Schielen / einwärts / auswärts?
- 17.3. Schwachsichtigkeit? - kurzsichtig / weitsichtig / Hornhautverkrümmung?
- 17.4. Chronische Pupillenerweiterung / chronische Pupillenverkleinerung / ungleiche Pupillen?
- 17.5. Lichtscheu - künstliches Licht / Sonnenlicht / etc.?
- 17.6. Ausfallen der Wimpern?
- 17.7. Entzündungen / Hautausschläge im Bereich des Auges? - Ekzeme / Absonderungen (eitrig) / Gerstenkorn - Wo genau?
- 17.8. Besteht vermehrter Tränenfluss? - Wann?

17.9. Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

18. Ohren

- 18.1. Anomalien - Ohrmuschelverformung / angewachsene Ohrläppchen / Schwerhörigkeit?
- 18.2. Gibt / gab es Absonderungen (Farbe, Geruch?) / häufige Mittelohrentzündungen bzw. -eiterungen?
- 18.3. Ist das Ohrschmalz vermehrt? - Farbe?
- 18.4. Hautausschläge im Gehörgang? - Welcher Art? / Risse hinter den Ohren / an den Ohrläppchen?
- 18.5. Hautausschläge hinter den Ohren? - Bitte beschreiben.
- 18.6. Werden Ohringe getragen?
- 18.7. Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

19. Nase

- 19.1. Neigung zu Schnupfen / Heuschnupfen / Niesanfällen? - Art und Farbe der Absonderung (dick, dünn, mild, scharf, gelb, grün; Krusten).
- 19.2. Polypen? / Wurde bereits operiert?
- 19.3. Besteht häufiges Nasenbluten? - Wann / wie oft / wie stark?
- 19.4. Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

20. Mund

- 20.1. Farbe / Form der Lippen auffallend?
- 20.2. Risse in den Lippen? Rissige Mundwinkel?
- 20.3. Bläschenausschlag / Herpes an den Lippen?
- 20.4. Hautausschlag um den Mund?
- 20.5. Mundgeruch?
- 20.6. Farbe / Belag der Zunge und Mundschleimhaut?
- 20.7. Speichelfluss - tagsüber (Sabbern) / nachts (Kissen nass)?
- 20.9. Sonstige Auffälligkeiten?

21. Zähne

- 21.1. Zahnung allgemein - erschwert / langsam? - Bitte beschreiben Sie.
- 21.2. Milchzähne: Wann erster Zahn? / Wann Zahnwechsel?
- 21.3. Stellung der Zähne - Zahnsperre?
- 21.4. Frühzeitige Karies?
- 21.5. Veränderungen der Zähne in Form und Farbe?
- 21.6. Zahnschneiden gezähgelt?
- 21.7. Veränderungen am Zahnfleisch?
- 21.8. Sonstige Auffälligkeiten?

22. Hals / Kehlkopf

- 22.1. Lymphknotenschwellungen? - schmerzhaft / schmerzlos? - Bitte nähere Angaben.

- 22.2. Schilddrüsenvergrößerung? - Über-/Unterfunktion bekannt?
- 22.3. Gab es Krupp / Pseudokrupp?
- 22.4. Hatten / haben Sie häufig Mandelentzündungen? Eitrig? / einseitig? / wechselnde Seiten?
- 22.5. Besteht Heiserkeit? - Bitte nähere Angaben.
- 22.6. Sonstige Auffälligkeiten?

23. Atmung / Husten

- 23.1. Ein-/Ausatmung erschwert? - Atemgeräusche? / Schleimrasseln / etc. - Bitte nähere Angaben.
- 23.2. Husten? - Seit wann? / Wie? / Wann besonders stark?
- 23.3. Gibt es eine Tbc in der (Familien-)Vorgeschichte?
- 23.4. Gab es schon einmal eine Lungenentzündung? Wann? / Wie behandelt?
- 23.5. Leiden Sie häufiger unter Bronchitis? / Spastische Bronchitis?
- 23.6. Beschreiben Sie den Auswurf (Farbe, Konsistenz, Geschmack), falls vorhanden.
- 23.7. Haben Sie Asthma? - Seit wann? / Wonach ist der erste Anfall aufgetreten? / Ursache? / Haben sich zuvor Hautausschläge durch Salben oder Medikamente (z.B. Cortison) gebessert?
- 23.8. Sind fieberhafte Infekte mit Antibiotika / Penizillin behandelt worden?
- 23.9. Sonstige Auffälligkeiten?

24. Herz / Kreislauf

- 24.1. Haben Sie einen Herzfehler (angeboren / erworben)?
- 24.2. Herzschmerzen / Herzklopfen / Herzflattern etc. - Wann?
- 24.3. Besteht eine Neigung zu Ohnmachten? - Wann? Wodurch?
- 24.4. Sonstige Auffälligkeiten?

25. Verdauung

- 25.1. Haben Sie einen ausgeprägten Blähbauch? Unabhängig vom Essen?
- 25.2. Bauchschmerzen? - Wo? / Wann? / Wie? / Seit wann? / Was bessert? / Was verschlimmert?
- 25.3. Krämpfe vor dem Stuhlgang? - Wie stark? / Wie lange? / Seit wann?
- 25.4. Erbrechen? - Häufiges Erbrechen? / Auslöser bekannt? / Erbrechen der Muttermilch? Art des Erbrochenen (Aussehen / Farbe / Geruch Galle)?
- 25.5. Haben/hatten Sie Würmer? - Welche? / Seit wann? / Wie behandelt?
- 25.6. Besteht Stuhlträgheit? - Verstopfung / Schweregehender Stuhl (trotz weicher Konsistenz?) / Zurückschlüpfen des Stuhls?

- 25.7. Neigen Sie zu Durchfall? - Wann? / Seit wann? / Wie ist der Geruch? / Aussehen?
- 25.8. Wie sind Farbe / Form / Geruch des Stuhls? – Gibt es Schleimauflagerungen / Beimengungen / unverdaute Speisen? - Bitte genaue Angaben.
- 25.9. Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

26. Enddarm / Anus

- 26.1. Bestehen Schmerzen und Juckreiz am After? Wann?
- 26.2. Haben Sie Hämorrhoiden / Einrisse / Fisteln / Hautausschläge / Windeldermatitis (oft als Soor oder Pilz bezeichnet) - Seit wann? / Durch scharfen Stuhl?
- 26.3. Sind die Körperöffnungen insgesamt gerötet?
- 26.4. Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

27. Nieren / Blase

- 27.1. Gibt es anlagebedingte Fehlbildungen? - Niere / Blase / Harnleiter?
- 27.2. Gibt es Nierenerkrankungen / Nierenbeckenentzündungen / Blasenentzündungen / Krankheiten der Harnröhre? - Wann? / Wie behandelt?
- 27.3. Nässten Sie tags/nachts lange ein? - Wann? (im ersten Schlaf / erst gegen Morgen)?
- 27.4. Einnässen auch tagsüber, z.B. beim Husten oder der geringsten Gemütsregung?
- 27.5. Wie ist der Urin? - Farbe / Geruch / Menge.
- 27.6. Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

28. Genitalien

- 28.1. Genitalentwicklung äusserlich auffällig? (z.B. vorzeitige Schambehaarung?)
- 28.2. **Mann:** Hodenhochstand (seit Geburt / erst später)? / beide Hoden gleich gross? / Schwellung bzw. Vergrösserung? / Haben Sie Probleme mit der Prostata / Wasserlösen?
- 28.3. Musste eine Phimose behandelt werden?
- 28.4. **Frau:** Haben Sie Ausfluss? - Farbe / Art / Seit wann? Verursacht er Juckreiz / Wundheit?
- 28.5. Wann hatten Sie Ihre erste Regel?
- 28.6. Hatten Sie damals Schwierigkeiten / Krämpfe?
- 28.7. Wie ist Ihre Regel? Zu stark / zu schwach / unregelmässig / zu früh / zu spät?
- 28.8. Wie lange dauert die Blutung? Wie lange der Zyklus?
- 28.9. Wie ist die Menge, Farbe, Geruch und Beschaffenheit?
- 28.10. Gibt es Flecken in der Wäsche, welche sich nur schlecht auswaschen lassen?
- 28.11. Haben Sie Beschwerden oder Stimmungsschwankungen vor, während oder nach der Regel?
- 28.12. Hat die Regel einen Einfluss auf Ihr Befinden?

- 28.13. Haben Sie Beschwerden zur Zeit des Eisprungs?
- 28.14. Gibt es Störungen oder Auffälligkeiten? Myome / Senkung / Endometriose / usw.?
- 28.15. Haben Sie Schwierigkeiten mit den Brüsten?
- 28.16. Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?
- 28.17. Wie verliefen Ihre Schwangerschaften? Übelkeit / Erbrechen / harter Bauch / vorzeitige Wehen? Wie lange? Medikamente (Eisen, Magnesium, anders)?
- 28.18. Wie verliefen Ihre Geburten? Zum Termin / zu früh / übertragen / wie viele Tage?
- 28.19. Bekamen Sie Medikamente unter der Geburt? PDA / Geburt eingeleitet / Wehen fördernde / hemmende Medikamente? Anderes?
- 28.20. Musste mechanisch eingegriffen werden? Saugglocke / Zange / Not- / Kaiserschnitt?
- 28.21. Hatten Sie Verschüttungen (Aborte) oder Fehlgeburten? In welchem Schwangerschaftsmonat? Gab es einen speziellen Auslöser? Wie reagierten Sie darauf?
- 28.22. Hatten Sie Schwangerschaftsunterbrüche?
- 28.23. Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit der Menopause? Hitzewallungen mit und ohne Schweissausbrüche / Stimmungsveränderungen usw.?
- 28.24. Hatten Sie je Probleme mit den Eierstöcken oder Eileitern? Verklebungen / Entzündung / Zysten?

Sexualität: Bitte nehmen Sie sich die Freiheit, nur die Fragen zu beantworten, welche Sie möchten!

- 28.25. Wie fühlen Sie sich im Umgang mit Menschen des eigenen und des anderen Geschlechts?
- 28.26. Haben oder hatten sexuelle Erlebnisse in der Kindheit / Pubertät oder später Einfluss auf Ihre Sexualität?
- 28.27. Welche Schwangerschaftsverhütungsmittel benutzen Sie?
- 28.28. Gibt es Belastungen oder Umstände, die Auswirkungen auf Ihr Intimleben haben? Wohnsituation / Kinder / Arbeit / Stress / Angst vor Schwangerschaft / usw.?
- 28.29. Wie zufrieden sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität?
- 28.30. Wie ist ihr Bedürfnis nach Körperkontakt / Zärtlichkeit / Geschlechtsverkehr?
- 28.31. Wie häufig spüren Sie das Bedürfnis nach Geschlechtsverkehr? Gibt es eine Abhängigkeit von der Tageszeit / Mondphase / Zyklus usw.?
- 28.32. Wie fühlen Sie sich nach sexuellem Verkehr?
- 28.33. Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten mit der sexuellen Genussfähigkeit / Orgasmus / Impotenz / frühzeitigem Samenerguss / Frigidität usw.?
- 28.34. Welche Rolle spielen sexuelle Phantasien oder Träume?

- 28.35. Brauchen Sie Videos / Sexhefte / Alkohol oder Drogen um sich sexuell zu stimulieren?
- 28.36. Welche Einstellung haben Sie zur Selbstbefriedigung? Wie oft machen Sie Selbstbefriedigung? Welche Schwierigkeiten haben Sie damit?

Bemerkungen:

29. Knochenbau / Haltung / Motorik

- 29.1. Wirbelsäulenveränderungen, z.B. Skoliose?
- 29.2. Haltungsanomalien? - Bitte genaue Angaben.
- 29.3. Trichter-/Hühnerbrust?
- 29.4. Knochenauswüchse? / Knochenverbildungen? - Wo?
- 29.5. Schnelles Längenwachstum?
- 29.6. Wachstumsschmerzen? - Wo? / Wann?
- 29.7. Knochenbrüche?
- 29.8. Gelenkerkrankungen?
- 29.9. Hüftgelenkdysplasie / Fussfehlstellungen? Welcher Art? / Bitte genaue Beschreibungen. Wie wurde behandelt?
- 29.10. Häufiges Verstauchen der Fussgelenke?
- 29.11. Motorische Unsicherheit? - Stolperneigung / Fallneigung / Ungeschicklichkeit der Hände oder Beine?
- 29.12. Wie geschickt sind Sie feinmotorisch?
- 29.13. Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

30. Extremitäten / Nägel

- 30.1. Haben Sie vorwiegend kalte Hände / Füße?
- 30.2. Besteht Handteller- / Fusschweiss? - Übelriechend?
- 30.3. Wie sehen die Nägel aus (Finger, Zehen)? - Bitte beschreiben.
- 30.4. Haben oder hatten Sie rissige oder eitrigere Nagelbetten (Paronychie) / Niednägeln?
- 30.5. Eingewachsene Zehennägeln?
- 30.6. Haben oder hatten Sie nach oben gebogene Nägel (wie ein Löffel)?
- 30.7. Kauen Sie an den Fingernägeln / Zehennägeln? Reissen Sie die Haut um die Nägel ab?
- 30.8. Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

31. Haut

- 31.1. Trocken / schuppig / fettig / rissig / schlaff / runzelig / rau / rot / pickelig / empfindlich?

- 31.2. Muttermale - braune / rote Flecke / behaarte Male / Leberflecke / Wo?
- 31.3. Warzen - Seit wann? / Wo? / Blutend? / Schmerzhaft? - Bitte Form und Art beschreiben.
- 31.4. Wurden Warzen oder Hautmale entfernt?
- 31.5. Jucken ohne Hautausschläge?
- 31.6. Nichtjuckende Hautausschläge?
- 31.7. Mitesser / Akne / Furunkel / Abszesse / Ekzeme
Wo? / Seit wann? / Wodurch besser / verschlechtert? - Bitte genau beschreiben.
- 31.8. Wann treten die Hautausschläge auf? - Nur im Winter / Sommer?
- 31.9. Wechseln sich die Hautausschläge mit anderen Beschwerden ab? - Mit welchen?
- 31.10. Allergien - Seit wann? / Wann? / Wodurch? / Wie behandelt?
- 31.11. Kratzen Sie sich blutig?
- 31.12. Gibt es Wucherungen, sog. "wildes Fleisch"?
- 31.13. Haben Sie eine vermehrte Körperbehaarung? (z.B. Rückenbehaarung / Flaum entlang der Wirbelsäule)?
- 31.14. Wie reagieren Sie auf Insektenstiche? - Gibt es deutliche Anzeichen einer Überreaktion? Bitte beschreiben.
- 31.15. Gibt es sonstige Auffälligkeiten? – Bitte beschreiben.

32. Schweiss

- 32.1. Schwitzen Sie leicht? - Bei welchen Gelegenheiten?
- 32.2. Schwitzen Sie stellenweise? - Kopf / Stirn / Hinterkopf / Hals / Hände / Füße / Achseln?
- 32.3. Schwitzen Sie am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes oder Gesichtes?
- 32.4. Wie ist der Geruch des Schweißes?
- 32.5. Gibt es sonstige Auffälligkeiten? - Bitte genau beschreiben.

33. Wundheilung

- 33.1. Neigen Sie zu blauen Flecken, schon beim geringsten Stoss?
- 33.2. Wie verläuft die Wundheilung? - normal / stark / verlangsamt / ständig mit Eiterungen / ständiges Wiederaufbrechen der Wunden?
- 33.3. Besteht eine Blutungsneigung?
- 33.4. Gibt es überschüssendes Narbengewebe (Keloidbildung)?
- 33.5. Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

34. Gemüt

- 34.1. Sind Sie leicht ermüdbar?
- 34.2. Sind Sie leicht erregbar, ja sogar übererregbar? - Wie reagieren Sie?

- 34.3. Zu welchen Gelegenheiten weinen Sie? Weinen Sie sehr leicht?
- 34.4. Sind Sie auffällig schreckhaft? - Beispiele.
- 34.5. Welche Ängste haben Sie?
- 34.6. Haben Sie eine ausgeprägte Angst vor Spinnen / Schlangen / Insekten / Hunden / Katzen / Pferden? - Wie reagieren Sie?
- 34.7. Gibt es unerklärliche, eigenartige Ängste?
- 34.8. Fürchten Sie sich abends im Dunkeln vor Geistern, Gespenstern und Räufern? - Seit wann?
- 34.9. Wie ist Ihr Selbstwertgefühl, Ihre Willenskraft?
- 34.10. Sind Sie ausgesprochen schüchtern?
- 34.11. Neigen Sie zu depressiven Verstimmungen?
- 34.12. Sind Sie sehr wechselhaft in Ihren Stimmungen?
- 34.13. Haben Sie Ausdauer z.B. bei der Arbeit?
- 34.14. Können Sie gut alleine sein?
- 34.15. Was war bisher Ihr grösster Kummer?
- 34.16. Finden Sie leicht Kontakt zu anderen Menschen oder sind Sie lieber alleine?
- 34.17. Wie verhalten Sie sich bei fremden Menschen und in fremder Umgebung?
- 34.18. Wie ist Ihr Sozialverhalten? – Zeigen Sie Mitgefühl? Leiden Sie mit?
- 34.19. Sind Sie gerne im Mittelpunkt?
- 34.20. Lieben Sie Musik? - Singen oder tanzen Sie gerne?
- 34.21. Wie reagieren Sie auf Widerspruch?
- 34.22. Neigen Sie zu Zorn- oder Wutausbrüchen? Was tun Sie, wenn Sie wütend sind? Spüren Sie Wut körperlich? - Wo?
- 34.23. Sind Sie sehr ordentlich, evtl. sogar pedantisch?
- 34.24. Welche Hobbys haben Sie?
- 34.25. Wie steht es mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit?
- 34.26. Hatten oder haben Sie Lernprobleme? - Rechnen / Lesen / Schreiben / etc.?
- 34.27. Wie reagieren Sie auf Enttäuschung / Kummer? Tut Ihnen Trost gut oder ziehen Sie sich zunächst zurück, um allein damit fertig zu werden?
- 34.28. Sind Sie sehr unruhig? Können Sie stillsitzen oder sind Sie ein regelrechter Zappelphilipp?
- 34.29. Sind Sie ein Nein-Sager?
- 34.30. Welches sind Ihre Stärken?
- 34.31. Welches sind Ihre Schwächen?
- 34.32. Worauf sind Sie besonders stolz? Ist Ihr Stolz schnell verletzt?
- 34.33. Hegen Sie manchmal Rachegefühle?
- 34.34. Verspüren Sie manchmal Eifersuchts-/Neidgefühle?
- 34.35. Sind Sie nachtragend (vergessen nichts)?

- 34.36. Sind Sie eher ein mutiger Typ oder eher vorsichtig?
- 34.37. Wie zufrieden sind sie mit Ihrer sozialen Situation? In Ihrer beruflichen Situation? In Ihrer familiären Situation?
- 34.38. Wie sind Ihre Zukunftserwartungen?
- 34.39. Was würden Sie gerne verändern?
- 34.40. Machen Sie sich Gedanken, das Leben beenden zu wollen? Haben Sie konkrete Vorstellungen?
- 34.41. Wie ist Ihre Beziehung zu Religion?
- 34.42. Welchen Beschäftigungen gehen sie gar nicht gerne nach?
- 34.43. Gab oder gibt es Ereignisse, Sorgen, Kummer, die Auswirkungen auf Ihr Befinden hatten oder haben?
- 34.44. Bitte beschreiben Sie sich selbst:

Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls auf einem separaten Blatt.