

Dr. med. Christin Gramsch
Praktische Ärztin, Naturheilverfahren,
Akupunktur, Homöopathie,
Mikrobiologische Therapie
Seestraße 36
17429 Seebad Bansin
Tel. 038378-801061
ch.gramsch@t-online.de
www.homöopathie-usedom.de

Homöopathische Anamnese

BITTE LESEN SIE DIES ZUERST, BEVOR SIE DAS FORMULAR AUSFÜLLEN:
Sie sind hierher gekommen, um gesund zu werden. Ich bemühe mich, die passende Medizin für Sie auszuwählen. Um dies tun zu können, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Homöopathische Medizin ist genau auf die Symptome abgestimmt, die Sie mir angeben. Wenn ich eine erfolgreiche Verschreibung machen will, muss ich alle Details Ihrer Krankheit wissen. Ich muss auch alle Dinge verstehen, die zu Ihnen als Person gehören. Dies beinhaltet Ihre Reaktionen auf verschiedene Faktoren, Ihre Vergangenheit und Familiengeschichte und Ihren Geistes- und Gemütszustand. Diese Informationen ermöglichen es mir, das Heilmittel, das Ihre Krankheit beseitigen kann, herauszufinden. Diese Medizin wirkt ganzheitlich, heilt also auch Sie als ganze Person. Um alles über Sie herauszufinden, werde ich Ihnen viele Fragen stellen. Jede von ihnen hat eine bestimmte Bedeutung für mich. Es gibt keine einzige Frage, die nutzlos ist. Sogar etwas, das Sie denken, das nicht erwähnenswert ist, kann der wichtigste Faktor bei der Entscheidung über die richtige homöopathische Medizin sein. Deshalb ist es bedeutsam, dass Sie frei und offen sprechen und mir komplette Informationen über jeden Punkt geben. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig, denken Sie nach, und wenn nötig, konsultieren Sie auch noch jemanden in Ihrer Nähe dazu, und dann antworten Sie vollständig. Halten Sie nichts zurück. Denken Sie daran, was immer Sie mir sagen, bleibt absolut vertraulich.

DIESER FRAGEBOGEN HAT VERSCHIEDENE TEILE:

- 1 Über Ihre früheren Krankheiten. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Teil mit Hilfe Ihrer Familienmitglieder zu beantworten.
- 2 Krankheiten der Vorfahren (auch mit den Angehörigen zusammen ausfüllen)
- 3 Geschichte Ihrer gegenwärtigen Krankheit
- 4 Über alle Teile des Körpers
- 5 Behandelt die Faktoren, die Ihre Gesundheit beeinflussen. Bitte denken Sie sorgfältig über jeden der Faktoren nach und schreiben auf, welche spezifischen Auswirkungen sie auf Sie haben.
- 6 Über Ihren mentalen Zustand und Ihre emotionale Natur. Bitte schreiben Sie in diesem Teil über Ihre Situation im Leben und über all die Dinge, die Sie belasten. Seien Sie völlig offen.
- 7 Über Ihren Schlaf und Träume
- 8 Für Kinder oder wie Sie als Kind waren
- 9 In diesem Abschnitt erhalten Sie Anweisungen, wie Sie jede Ihrer Beschwerden beschreiben können. Lesen Sie die Anweisungen zuerst. Dann machen Sie eine Liste Ihrer Beschwerden, und beschreiben Sie jede von ihnen nach den Anweisungen.

Vertraulich

Datum:

Name:

Adresse :

Telefon: privat:
 dienstlich:
 Mobil:

Email :

Alter:

Geschlecht: Mann / Frau

single / verheiratet / geschieden / verwitwet/

Tätigkeit:

Ausbildung/ Beruf:

Auf wessen Empfehlung/ Rat sind Sie hier?:

1 FRÜHERE KRANKHEITEN

Jede Krankheit, Vergiftung, Droge oder Unfall hinterlässt ihre Spuren und bleibt als schwacher Punkt im System, viel mehr als wir uns das vorstellen. Die homöopathische Behandlung berücksichtigt all diese Details der Vergangenheit und entfernt so alle Schwachstellen. So wird Ihr Körper gestärkt. Also ist es notwendig, über alle Leiden, die Sie in der Vergangenheit hatten und die Behandlungen, die Sie genommen haben, Bescheid zu wissen.

a In der Liste unterstreichen Sie bitte alle Krankheiten, an denen Sie bis jetzt gelitten haben.

Typhus, Cholera, Lebensmittelvergiftung, Würmer, Durchfall, Ruhr
 Masern, Röteln, Windpocken, Pocken, Mumps, Keuchhusten
 Malaria, Gelbsucht
 Krankheiten der Leber, Milz oder Gallenblase
 Fehlgeburt, Abtreibung, Krankheit während Schwangerschaft,
 Gebärmuttervorfall
 Unterernährung, Rachitis, Übergewicht
 Rheuma, Rückenschmerzen
 Geschlechtskrankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe etc.
 Herzkrankheiten wie Bluthochdruck, Schwindel, KHK, Infarkt
 Nierenkrankheiten, Diabetes, Prostataprobleme
 Operationen wie Mandeln, Bauch, Blinddarm, Leistenbruch, Gebärmutter,
 Nierensteine, Gallensteine, Phimose, Hydrozele, Wucherungen, grauer Star etc.
 Art und Weise der Narkose: allgemein-lokal
 rezidivierende Infektionen wie Bronchitis, Nebenhöhlen- und
 Mittelohrentzündungen, Lungenentzündung, Asthma
 ernsthafter Schock, Trauer, Enttäuschungen, Schreck, Depression oder
 nervöser Nervenzusammenbruch
 chronische Kopfschmerzen, Migräne
 Taubheit, Krämpfe,
 Lumbalpunktion
 schwerer Unfall oder Verletzung von Körper oder Kopf
 Bewusstlosigkeit
 große Blutungen aus jedem Teil des Körpers
 Hautkrankheiten wie Pickel, Pilz, Krätze, Ekzeme, Herpes, Urtikaria, Allergie
 Geschwüre

b Geben Sie zu den unterstrichenen Krankheiten relevante Details an:

Krankheit	ungefähres Alter	Dauer	vollständig ausgeheilt?	Medikamente, Behandlungen	andere Details?

zusätzliche Anmerkungen oder Informationen:

Erwähnen Sie alle Medikamente, Drogen, Stärkungsmittel, Stimulanzen usw., die von Ihnen irgendwann im Leben verwendet wurden.

2 Familien- Vorgeschichte

Liste der wichtigsten Krankheiten:

Anämie, Krebs, Diabetes, Geisteskrankheiten, Rheuma, Tbc, Epilepsie, Blutungsneigung, Urtikaria, Ekzem, Asthma, Hypertonie, Herzprobleme, Nierenkrankheit, Lebererkrankungen etc.

	lebt/ verstorben	Alter	Krankheiten	Todesursache
Mutter				
Mutters Mutter				
Mutters Vater				
Vater				
Vaters Mutter				
Vaters Vater				

Leidet irgendjemand aus der Familie an den gleichen Krankheiten wie Sie?

	Bruder/ Schwester	lebt/verstorben	Alter	Krankheiten
1				
2				

3				
---	--	--	--	--

3 Eigenanamnese

* Über Ihre Geburt:

Hatte Ihre Mutter irgendwelche Probleme während der Schwangerschaft?

Hat sie während der Schwangerschaft Drogen genommen? Welche?

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? Details angeben.

* In welchem Alter haben Sie angefangen?

Zahnen	
Sitzen	
Stehen	
Gehen	
Sprechen	
Urinkontrolle (Einnässen?)	
Unverdauliche Sachen essen (Steine, Sand,..)	
Andere Probleme in Wachstum und Entwicklung?	

Impfungen:

Geben Sie an, wie oft Sie gegen die folgenden Krankheiten geimpft wurden:

Pocken Polio Cholera Masern Tetanus Diphtherie Grippe Hepatitis A B
 FSME sonstige:

Gab es irgendwelche Reaktionen nach einer der oben genannten Impfungen?

Details angeben :

(Wenn verheiratet) Wie ist die Gesundheit Ihres Mannes / Ihrer Frau:

Anzahl der lebenden und toten Kinder. Wenn verstorben, was hat den Tod verursacht?

Schwangerschaftsabbrüche?

Erwähnen Sie Alter der Kinder und ihren Zustand der Gesundheit.

Name des Kindes	m/w	Alter	Krankheiten	Dauermedikamente

Ihre Gewohnheiten?	Wie viel?
Rauchen	
Alkohol	
Kaffee	
Tee	
Drogen (welche?)	
Schlaftabletten	
Abführmittel	

Appetit und Durst

Wie ist Ihr Appetit?

Wann sind Sie hungrig?

Was passiert, wenn Sie lange hungrig bleiben müssen?

Wie schnell essen Sie?

Wie viel Durst haben Sie?

Wann sind Sie besonders durstig?

Registrieren Sie eine Veränderung in Ihrem Geschmack oder ein Gefühl in Ihrem Mund?

Bitte setzen Sie **ein** Kreuz , wenn Sie das Essen mögen oder nicht mögen oder wenn das Essen unverträglich ist.

Setzen Sie **zwei** Kreuze, wenn Sie das Essen sehr stark mögen / nicht mögen oder wenn das Essen stark unverträglich ist.

	mag ich	mag ich nicht	vertrage ich nicht
bitter			
sehr salzig			
süß			
sauer			
Brot			
Butter			
Fett			
Milch			
Kaffee			
Eier			
scharfes			
Fleisch			
Fisch			
Kohl			
Zwiebeln			
warmes Essen, Tr.			
kaltes Essen, Tr.			
Obst			
sonstiges			

Stuhl

Haben Sie Probleme mit Ihrem Stuhl?

Wann und wie oft am Tag haben Sie Stuhlgang?

Haben Sie Stuhldrang?

Haben Sie Aufstoßen oder Blähungen? Beschreiben Sie.

Wie fühlen Sie sich, nachdem die Luft oben oder unten abgegangen ist?

Urin

Irgendein Problem mit Wasserlassen?

Starker Geruch? Wonach?

Haben Sie Probleme vor, während oder nach dem Urinabgang?

Irgendwelche Schwierigkeiten beim Urinfluss? Langsam am Beginn, unterbrochen, schwach, Nachtröpfeln etc.?

Unwillkürliches Wasserlassen? Wann ?

Schweiß

Wieviel schwitzen Sie?

Wo und an welchen Körperteilen schwitzen Sie am meisten?

Auf den Handflächen oder Fußsohlen?

Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, muffig, fettig, ...?

Wie ist der Geruch? z.B. faulig, scharf, sauer, nach Urin,?

In welcher Farbe färbt er die Kleidung? gelb, Salzränder, ...

Ist der Fleck leicht auswaschbar oder schwer?

Symptome nach dem Schwitzen?

Wann bekommen Sie Fieber oder Frieren?

Was kann es auslösen? Was ändert es an Ihnen?

Haben Sie ein Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil Ihres Körpers zu einem bestimmten Zeitpunkt?

Haben Sie Brennen oder Hitze in Ihren Handflächen oder Sohlen?

Erkältungen, Herz

Oft? Wie ist der Ablauf?

Beschreiben Sie die Symptome usw.

Gibt es Probleme mit der Brust oder dem Herzen?

Gibt es Schwierigkeiten mit Ihrer Stimme oder Sprache?

Gibt es Schwierigkeiten beim Atmen?

Haben Sie Husten?

Sexualität

Exzessive Sexualität in Vergangenheit und Gegenwart?

Irgendeine Auswirkung auf Ihre Gesundheit?

Wie fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr?

Irgendein besonderes Gefühl oder Symptom vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr?

Leiden Sie an einer sexuellen Störung?

Irgendeine Gewohnheit wie Masturbation etc. in der Vergangenheit oder Gegenwart? Wie oft ?

Homosexuelle Neigung?

Haben Sie an einer sexuell übertragbaren Krankheit gelitten? Syphillis, Gonorrhoe, Herpes, HIV,...?

Haben Sie vermehrtes, vermindertes oder gar kein Verlangen nach Sex? Empfängnisverhütung? Mit?

Männer

Irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion?

Unerwünschte Erektion? Schwache Erektion? Fehlende Erektion? Beschreiben Sie.

Irgendwelche anderen Schwierigkeiten beim Sex? Beschreiben Sie die Details.

Frauen

Wie sind die Perioden/ Regelblutungen: regelmäßig oder unregelmäßig?

In welchem Alter haben die angefangen?

Gab es irgendwelche Schwierigkeiten?

Welchen Zeitabstand haben die Perioden?

Wie lange dauert die Blutung an?

Gibt es jetzt eine Veränderung in der Menge, Farbe, Geruch oder Konsistenz? Seit?

Sind die Flecken schwer auszuwaschen?

Leiden Sie in irgendeiner Weise vor, während oder nach der Menstruation an speziellen Symptomen? Wenn ja, beschreiben Sie:

Welche Symptome haben Sie während der Menopause erlebt?

Fühlen Sie einen Vorfall der Unterleibsorgane?

Gibt es Ausfluss?

Wenn ja, erwähnen die Farbe, Konsistenz, Umstände, Geruch.

Wann und unter welchen Umständen ist es mehr oder weniger?

Hat der Ausfluss irgendeine Beziehung zur Menstruation?

Was bewirkt der Ausfluss bzgl ihres Allgemeinzustandes oder eines Ihrer Symptome?

Juckreiz, Wundsein etc. durch Ausfluss?

Kommt Luft aus der Scheide?

Irgendwelche Probleme mit den Brüsten?

Weitere Körpersymptome

Haben Sie Schwindel?

Ohnmachtsgefühl?

Kopfschmerzen? Genau beschreiben wo, wohin, wie, durch was auslösbar, wodurch schlechter/ besser, seit wann im Leben, Zusammenhang zu Menstruation,...

Augen, Sehkraft:

Ohren & Gehör:

Nase & Geruchssinn:

Gesicht & Gesichtsausdruck:

Mund & Geschmackssinn:

Lippen, Mund, Zunge etc.:

Zähne, Zahnfleisch, z.B. kariöse Zähne, Zahnfleischbluten, geschwollenes Zahnfleisch.

Lippen, Risse, Mundwinkel

Hals (einschließlich Mandeln): Schwierigkeiten beim Schlucken?

Rücken, Gelenke?

Beschreiben Sie im Detail:

Wenn Sie Schmerzen haben, wie sind die, strahlen sie aus, von wo nach wo?

Gibt es irgendwelche Anomalien, Schwellungen, Taubheit, Lähmung etc. in irgendeinem Teil des Körpers?

Haut? Juckreiz, Geschwüre, Warzen, Ekzeme etc.? Beschreiben Sie.

Veränderung der Hautfarbe oder Flecken?

Nägel?

Haare? Ausfallend, wo? wie?, grau, schuppig, trocken, ölig, ...? Übermäßiges oder ungewöhnliches Wachstum?

Wunden heilen langsam?

Probleme mit Narben?

Wunden eitern?

Haben Sie eine Tendenz zu bluten?

Sind Ihre Probleme einseitig? welche? Oder mehr auf einer Seite? Gehen sie von einer zur anderen Seite? Oder wechseln sie?

Gibt es Zittern? Wann?

Gibt es Schwächegefühle? Woher?

Wann ist es mehr oder weniger?

Ist es in irgendeinem bestimmten Teil des Körpers?

5 Einflussfaktoren

Bitte beschreiben Sie, in welcher Weise Sie von jedem der folgenden Faktoren beeinflusst werden. Fühlen Sie sich schlechter oder besser in irgendeiner Hinsicht von irgendeinem der Faktoren. Auf welche Weise beeinflussen sie Sie? Nehmen Sie zum Beispiel den Faktor "Sonne". Angenommen, indem Sie in die Sonne gehen, bekommen Sie Kopfschmerzen. Schreiben Sie "Kopfschmerzen" gegenüber "Sonne". Nehmen Sie ein anderes Beispiel: wenn Sie sich bei heißem Wetter unwohl fühlen, dann schreiben Sie "Unwohlsein" gegenüber "Heißes Wetter" in der Spalte. Auf diese Weise schreiben Sie die Wirkung von jedem Faktor auf. Speziell schreiben Sie die Wirkung jedes Faktoren auf Ihre Hauptbeschwerden auf. Zum Beispiel, wenn Ihre Hauptbeschwerde Asthma ist und dies ist schlimmer, wenn Sie auf dem Rücken liegen, dann gegenüber "auf dem Rücken liegend" schreiben "Asthma wird schlimmer". Manchmal gibt es einen Faktor, der Sie eine Sache besser und eine andere Sache schlechter fühlen lässt in irgendeiner Hinsicht. Zum Beispiel kann kalte Luft Kopfschmerzen verursachen, aber Sie fühlen sich besser dabei im Allgemeinen. Erwähnen Sie bitte diesen Unterschied deutlich. Dieser Abschnitt ist sehr wichtig. Gehen Sie es nicht eilig durch. Denken Sie sorgfältig über die Effekte von jedem Faktor nach, bevor Sie schreiben.

	Effekt		Effekt
heißes Wetter		Gehen	
kaltes Wetter		Rennen	
Regenwetter		Treppensteigen	
wolkiges Wetter		Treppe abwärts	
Wetterwechsel		Fahren im Bus,...	
Gewitter		Liegen	
warmes Bad		Rückenlage	
Sonne		Liegen auf links	
kaltes Bad		Liegen auf rechts	
		Bauchlage	

Kopftieflage		vor Prüfungen	
sitzen		vor Terminen	
Gerade sitzen		wenn ärgerlich	
stehen		wenn traurig	
hochgucken		wenn besorgt	
runtergucken		nach Weinen	
von Höhe runtergucken		Sympathie, Trost	
aus einem bewegten Objekt gucken		in einer Menschenmenge	
Geräusche		geschlossener Raum	
leise Geräusche		Denken an Krankheit	
Musik		Vollmond	
Licht		morgens	
starke Gerüche		tagsüber	
wenn verstopft		abends	
vor Wasserlassen		nachts	
während W.		baden	
nach W.		Zugluft	
vor Menses		Kauen, Beißen	
während M.		Nase schnauben	
nach M.		alleine sein	
nach Schwitzen		in Gesellschaft	
beim Fasten, Hunger		Sport	
nach Essen		Aufstoßen	
nach Trinken		Winde ablassen	
nach Sex		nach Haareschneiden	
Rauch		Haarekämmen	
Nebel		Zähneputzen	
Berührung		Mondlicht	
Druck		Mund öffnen	
Massage		rauchen	
enge Klamotten		Gliedmaßen hängenlassen	
vor Schlaf		Arme heben	
im Schlaf		am Meer	

nach Schlaf		rasieren	
nach Mittagsschlaf		sich dehnen	
Schlafmangel		Gesprächen zuhören	
vor Stuhlgang		schlucken	
beim St.		erbrechen	
nach St.		gähnen	
Husten		Augen bewegen	
Niesen		Augen öffnen	
Lachen		Augen schließen	
Reden		nasse Füße kriegen	
Schreiben		überfüttern	
Bücken		Im Wasser gehen	
		Klimaanlage	
		im Gebirge	
		in der Stadt	

6 Gemüt

Es ist allgemein bekannt, dass Ihr Geist einen enormen Einfluss auf Ihren Körper hat. Für die richtige Behandlung ist es absolut notwendig zu verstehen, wie Ihre emotionale und intellektuelle Natur ist. Beantworten Sie die Fragen frei, sorgfältig und vollständig. Diese Informationen helfen mir sehr dabei, Ihnen das richtige Mittel zu geben.

Sind Sie ängstlich? Worum geht es?

Haben Sie Angst vor etwas wie Tiere, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Tod, Krankheit, Räuber, plötzliche Geräusche, Donner, der Zukunft, vor etwas Unbekanntem, Höhe, Fahrstuhl, im Flugzeug fliegen, etc.?

Sind Sie zweifelnd oder misstrauisch? Gegenüber was ?

Auf was oder wen sind Sie eifersüchtig? Welche Symptome macht Ihre Eifersucht?

In welcher Angelegenheit sind Sie ungeduldig?

Sind Sie nachtragend?

Sind Sie rachsüchtig?

Worauf sind Sie stolz? Ist Ihr Stolz leicht verletzt werden?

Depression, Brüten, Grübeln etc.?

Wurden Sie jemals selbstmörderisch? Wann ?

Wenn ja, in welcher Weise gedachten Sie Ihr Leben zu beenden?

Hatten Sie Angst zu sterben?

Wann sind Sie fröhlich?

Sind Sie sexuell aufgeschlossen?

Irgendwelche unerwünschte Gedanken zu irgendeiner Zeit?

Welche?

Haben Sie imaginäre Empfindungen oder Ängste?

Hören Sie Stimmen?

Wie ist Ihr Gedächtnis?

Probleme mit z.B. Namen, Orten, Gesichtern, was Sie gelesen haben, etc.

Weinen Sie leicht? Was löst das aus? Dürfte es jmd. mitkriegen? Wie fühlen Sie sich nach dem Weinen?

Wie fühlen Sie sich, wenn jemand Sie tröstet?

Sind Sie leicht irritiert? Schnell empfindlich? Auf?

Was macht Sie wütend ?

Welche körperlichen Symptome entwickeln Sie, wenn Sie wütend sind? z.B. Zittern, Schwitzen usw.

Mögen Sie Gesellschaft? Oder gern allein bleiben?

Wie stark stören Sie Unordnung und Unsauberkeit in Ihrer Umgebung?

Was sind die größten Leiden, die Sie durchgemacht haben in Ihrem Leben? Was war das Schlimmste für Sie in Ihrem Leben? Was hat das mit Ihnen gemacht?

Was sind die größten Freuden, die Sie im Leben gehabt haben?

Welche Aktivitäten mögen Sie? Hobbies, Interessen? Was tun Sie, wenn Sie sich was Gutes tun wollen?

Gibt es irgendwelche Dinge, die Sie gar nicht mögen?

Ihrer Meinung nach, welche Aspekte Ihres Geistes und Stimmungen sind Ihnen nicht angenehm? Warum sind Sie nicht in der Lage, diese Aspekte zu ändern?

Geben Sie ein klares Bild von Ihrer Situation im Leben und Ihrer Beziehung zu jedem Ihrer Familienmitglieder, Freunde und Mitarbeiter in der Arbeit ab.

Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

Sind Sie besorgt oder unglücklich über irgendwelche persönlichen, wirtschaftlichen, sozialen oder sonstigen Zustände? Detaillierte Beschreibung:

Wenn Sie nach 3 Wünschen oder Verlangen im Leben gefragt werden, was würden sie haben/ sein/ tun wollen?

7 Schlaf

Beschreiben Sie Ihre Haltung im Schlaf: auf dem Rücken, Seite, Bauch etc.

Können Sie in jeder Position schlafen?

In welcher Position können sie nicht schlafen?

Während des Schlafes: Schnarchen? Zähne knirschen? Speichelfluss? Schweiß?

Augen oder Mund offen? Wandeln ? Sprechen ? mondsüchtig? Schlafen Sie

unruhig? Aufwachen mit einem Ruck?

Beschreiben Sie, wenn etwas anderes ungewöhnlich ist.

Über den Schlaf: (schläfrig, Schlaflosigkeit, etc. wenn ja, wenn)

Wieviel vom Körper decken Sie zu?

Müssen Sie irgendwelche Teile aufdecken?

Träume: (bitte einkreisen)

Tiere , Katzen - Hunde, Pferd, wilde Tiere, Schlangen, Räuber, Diebe, Ängstlich, Gespenster, Reisen, Reiten, fliegen, baden, ertrinken, Häuser, Früchte, Bäume, Wasser, Schnee, Tod: wessen? , tote Verwandte, tote

Menschen, Körperteile, Selbstmord, hungrig sein, durstig sein, trinken, essen, Feuer, Blitz, Sturm, Regen, Unfälle, fallen, fliegen, schießen, Kriege, sprechen, singen, tanzen, angenehm, Geschäft, Geld, Arbeitstag, nicht erledigte Arbeit,

Erbrechen, Stuhlgang, Urinieren, Blut-Blutungen, Exkrememente / Verschmutzung, romantisch, sexuelles Vergnügen, vergewaltigen, Nacktheit, Schmerz, Krankheit, Verstümmelungen, Beten, Religiöses, Kirche, Gott, Fehler / Prüfungen, erfolglose

Bemühungen: wobei ? , verpasster Zug, unvorbereitet sein, Trauer, weinen, Ärger, Streiten, Eifersucht, Beleidigungen, Polizei, Haft, Kriminalität, Mord, Tötung, Gift, Unglück, Unsicherheit, wird verfolgt: von wem und warum ?

von Leuten, Kindern, Parteien, Festen, Ehe, von zurückliegenden Ereignissen, Zukunft, hellseherisch, körperliche Anstrengung, geistige Anstrengung, ermüden, farbig, bunt

Bitte zeichnen Sie etwas, was Ihnen gerade einfällt, oder Ihre Lieblingszeichnung:

8 Für Kinder oder bei Erwachsenen: als Sie Kind waren

Setzen Sie ein Häkchen, wenn das Kind oder Sie als Kind eines der folgenden Symptome hatten!

Setzen Sie 2 Häkchen, wenn sie intensiver sind/ waren:

Hartnäckigkeit

ungewöhnliche Ängste

Wutanfälle

Schüchternheit

Ungehorsam

ungewöhnliche Verbundenheit (mit wem)

Aggression

Gewohnheiten wie:

Hyperaktivität

Nägelknabbern

Zerstörungswut

Daumenlutschen

Mut

herumspielen mit Körperteilen der Mutter ,Tüchern oder Taschentüchern, womit?

Eifersucht

Wettbewerb- Gewinnergeist

irgendeine besondere Fähigkeit

Religiosität

Ungewöhnliche Wünsche, welche?

Gedächtnisschwäche

Langsamkeit, wobei?

Angeberei

Faulheit, Trägheit

Lügen

Empfindlichkeit, Emotionalität, wofür?

Schreiben Sie bitte im Detail, wenn die Mutter unter irgendeinem physischen oder emotionalen Stress während der Schwangerschaft gelitten hat.

Beschreiben Sie auch die Träume, die die Mutter während der Schwangerschaft hatte.

Bitte beschreiben Sie alle anderen Aspekte, die sich wohl auf das Kind ausgewirkt haben könnten.

Beschreiben Sie einen Vorfall aus dem Leben des Kindes, bei dem es sich sehr aufgeregt hat.

9 Beschreiben Sie Ihre Beschwerden!

In der Homöopathie basiert die richtige Arzneiverschreibung auf genauen Details der verschiedenen Symptome, an denen Sie leiden. Einem homöopathischen Arzt zu sagen oder zu schreiben: "Ich habe Kopfschmerzen", "einen Ausschlag" oder "Husten", wäre nicht genug. Wenn Sie ihm mitteilen: "Ich habe Kopfschmerzen mit scharfen Schmerzen in der linken Seite des Kopfes und der Schläfe, diese Schmerzen kommen immer dann, wenn die geringste kalte Luft den Kopf erreicht, die Schmerzen sind viel weniger beim Liegen und Zudecken des Kopfes und viel schlimmer, wenn ich aufstehe, spazieren gehe oder wenn der Kopf kühl wird", dann haben Sie alle notwendigen Informationen für die Herstellung einer guten homöopathischen Rezeptur gegeben. Der Erfolg der Verschreibung hängt weitgehend davon ab, wie detailliert Ihre Beschreibung der Symptome ist.

Ich benötige die folgenden Details über Ihre Symptome:

Ort: Geben Sie bitte die genaue Position der Empfindung, des Schmerzes oder des Ausschlages an. Beschreiben Sie auch, wo der Schmerz oder die Empfindung sich ausbreitet. Bitte geben Sie die Orte auf der nächsten Seite an.

Empfindung: Drücken Sie die Art der Empfindung oder die Schmerzen aus, mit Ihren eigenen Worten. Sie können eine Empfindung haben, als ob eine Maus kriecht oder das Herz wurde von einer eisernen Hand ergriffen, oder Sie haben einen Schmerz, der schneidet, brennt, Ruckeln, Pressen. Drücken Sie die Empfindung oder den Schmerz aus, wie Sie sie fühlen.

Was macht sie besser oder schlechter?

Viele Faktoren können Ihre Beschwerden beeinflussen. Einige Faktoren können dazu führen, dass die Beschwerden schlimmer werden, andere Faktoren können die Probleme lindern. Eine detaillierte Liste der Faktoren finden Sie auf Seiten 13-15. Bitte beziehen Sie sich bei der Beschreibung darauf, beschreiben so

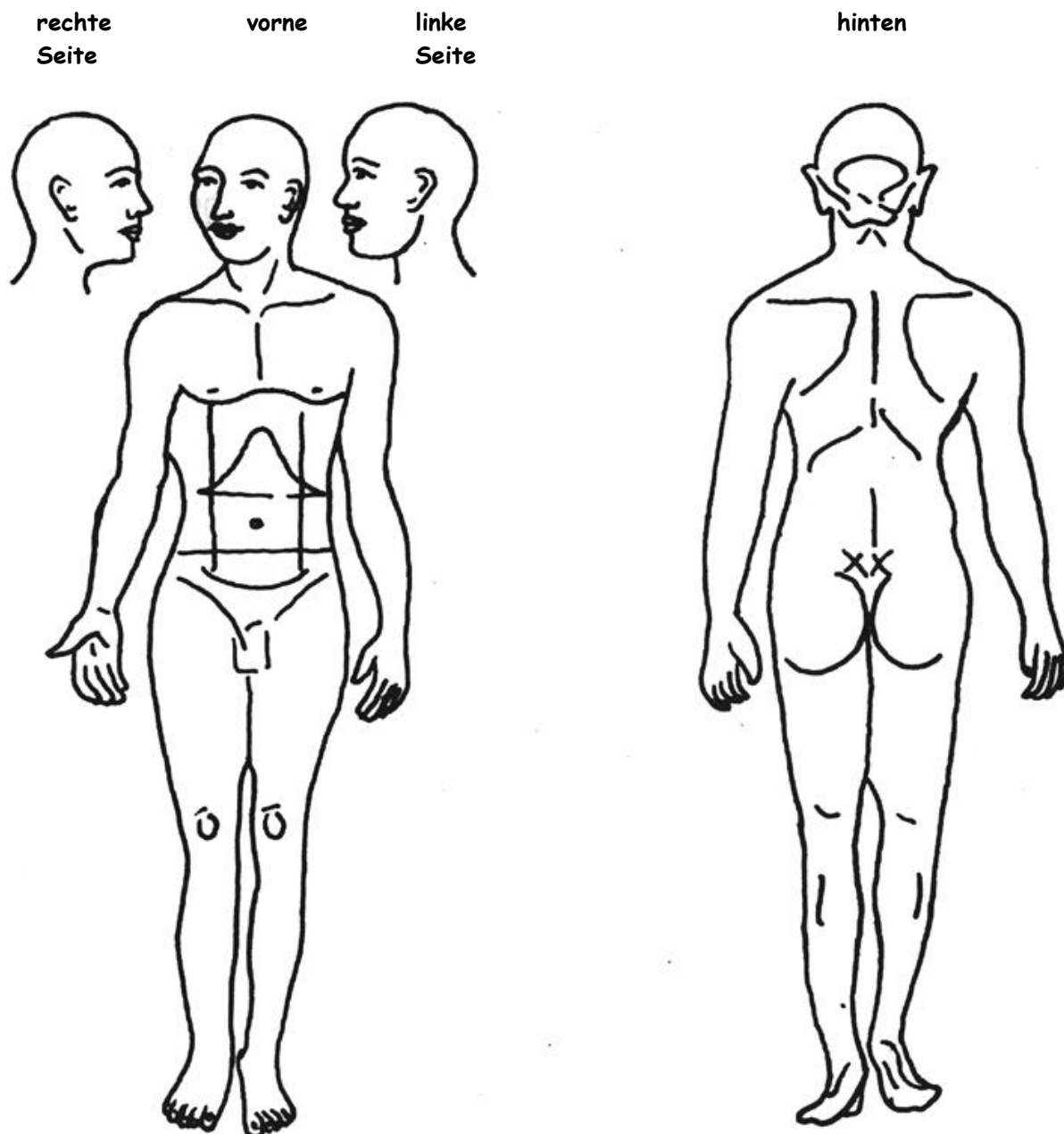
jegliche Beschwerde und zeigen, welche Faktoren die Beschwerden besser oder schlechter machen.

Absonderungen:

Sie können eine Absonderung von Geschwüren, Fisteln, Hautausschlägen, Lunge, Augen, Nase, Ohren, Mund, Sexualorganen, etc haben. Bitte beschreiben Sie Ihre Absonderungen unter den folgenden Aspekten.

- Die Menge und die Zeit oder die Umstände, unter welchen die Menge variiert, d.h. wann ist sie besser oder schlechter, weniger oder mehr?
- Die Konsistenz: ist sie dünn oder dick, fadenförmig, oder klumpig?
- Ist sie wie Gelee, wie Eiweiß, wie Wasser, klebrig?
- Bildet sich Schorf etc.?
- Der Geruch, an was erinnert er Sie?
- Macht es die Teile wund, und in welcher Weise?

Bitte markieren Sie in der untenstehenden Abbildung die Orte Ihrer Beschwerden, und schreiben Sie die genaue Empfindung oder Art der Schmerzen, die Sie an diesen Stellen erleben. Zum Beispiel, wenn Sie pochende Schmerzen auf der rechten Seite vom Kopf haben, markieren Sie den Ort mit einem Pfeil, an welchen Sie „klopfende Schmerzen“ schreiben.



Auf den folgenden Seiten beschreiben Sie bitte jede Ihrer Beschwerden im Detail so wie auf Seite 13-15

Beschwerde Nr.	Wo ist das Problem?	Was haben oder fühlen Sie da exakt?	Welche Faktoren machen dieses Problem besser oder schlechter?

Beschwerde Nr.	Wo ist das Problem?	Was haben oder fühlen Sie da exakt?	Welche Faktoren machen dieses Problem besser oder schlechter?