

Joachim-F. Grätz

Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung

Leseprobe

[Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung](#)

von [Joachim-F. Grätz](#)

Herausgeber: Tisani Verlag



<http://www.unimedica.de/b3845>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung](#), [vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<http://www.unimedica.de>



1. Ihr Leben

Angaben bitte so genau wie möglich, auch mit Zeitangaben (z. B. wann?). Frühere Leiden und Erkrankungen sind ebenfalls von großem Interesse.

1. Krankengeschichte

1.1 Chronologische Kurzfassung (Fortsetzung ggf. S. 31)

1.2 Welche deutlichen Beschwerden bestehen? Welcher Art sind sie?

1.3 Wodurch wurden/werden Ihre Beschwerden ausgelöst? Gibt es eine Ursache?

1.4 Was hat sich sonst noch verändert seit Ihrer Krankheit?

1.5 Was verbessert / verschlechtert Ihre Beschwerden?

1.6 Wann / seit wann / wie oft haben Sie Ihre Beschwerden?

1.7 Gibt es Begleiterscheinungen, die immer mit Ihren Beschwerden auftreten? - Bitte genau beschreiben.

2. Neigung zu bestimmten Erkrankungen

2.1 Besteht/bestand früher (evtl. als Kind) eine Neigung zu Mittelohrentzündung / Mandelentzündung / Stirn- bzw. Nebenhöhlenentzündung / Bronchitis / Lungenentzündung / Rippenfellentzündung / Krupp bzw. Pseudokrupp / Erkältungskrankheiten / sonstigen (fiebrhaften) Infekten / Kopfschmerzen / Migräne /

- Magen-Darm-Infektionen / Abszessen / Fisteln / Bluthochdruck / zu niedrigem Blutdruck / Anämie / Leukämie?
- 2.2 Krampfneigung? / Epilepsie?
 - 2.3 Besteht ein nervöses oder zwanghaftes Zucken (z. B. Augen, Mundwinkel usw.) / eine sich häufig wiederholende Bewegung?
 - 2.4 Haben Sie schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt? - Nach der Geburt / nach einem Unfall / Fieberkrämpfe / bei bestimmten Ängsten /etc.?
 - 2.5 Treten/traten die Krämpfe nur einseitig auf? - Rechts / links / ganzer Körper?
 - 2.6 Wann treten/traten sie auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitze- oder Froststadium) / helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / beim Anblick oder Rauschen von Wasser / beim Anblick von glitzernden Gegenständen / seit Geburt / periodisch / bei Vollmond / seit einer Operation oder Hirnschädigung?
 - 2.7 Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? - Gibt es Nahrungsmittelzusammenhänge wie Milch / Erdbeeren / etc.?
 - 2.8 Neigung zu Magen-/Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Brechdurchfall / Verstopfung?
 - 2.9 Neigung zu Schwindel? - Wann besonders? / Was bessert? / Was verschlechtert? / Von wo geht der Schwindel aus, wo ist er hauptsächlich lokalisiert? / Wie läßt sich Ihr Schwindel beschreiben? / Gibt es Begleiterscheinungen?
 - 2.10 Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? Vermuten Sie eine bestimmte Ursache? / Wie wurde behandelt?
 - 2.11 Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

3. *Allgemeines*

- 3.1 Klatschen Sie bitte einmal ganz spontan in Ihre Hände (wie beim Applaudieren im Theater). Welche Hand liegt oben und ist die schlagende?
- 3.2 Sind Sie Rechts- / (umgeschulter) Linkshänder / mit beiden Händen gleich geschickt (ambidexter) / weder noch, d. h. keine Hand fühlt sich richtig an (pseudo-ambidexter)?
- 3.3 Fühlen Sie sich zu schlank? - Trotz guten Appetits? - An welchen Stellen besonders (z. B. Hals, Beine etc.)?
- 3.4 Fühlen Sie sich zu stabil, gar zu gewichtig? An welchen Körperregionen besonders?
- 3.5 Frieren Sie sehr leicht oder sind Sie ein ausgesprochen warmer Typ?
- 3.6 Wie vertragen Sie Hitze / Kälte?
- 3.7 Leiden Sie unter Hitzewallungen (u.U. durch die Wechseljahre bedingt)?
- 3.8 Wie ist Ihr Verhältnis zu frischer Luft? - Auffallend lufthungrig, sogar bekannt als Frischluftfanatiker / Abneigung gegen frische Luft?
- 3.9 Gab es schon einmal Ohnmächten oder ähnliche Erscheinungen? - Bei welchen Gelegenheiten?

4. Witterungs- und Mondeinflüsse

- 4.1 Welches Wetter lieben Sie besonders? Welches überhaupt nicht? - Hat Sonne, Regen, feuchtes Wetter einen Einfluss auf Ihr Wohlbefinden?
- 4.2 Sind Sie anfällig für Zugluft / Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei bzw. vor Gewitter / bei bzw. vor Sturm / Wetterwechsel / Kälte / naßkaltes Wetter / Hitze / Föhn / Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmenden Mond?
- 4.3 Wie reagieren Sie auf Temperaturextreme / Temperaturwechsel?
- 4.4 Wie geht es Ihnen am Meer / im Gebirge?
- 4.5 Wie vertragen Sie den Aufenthalt in feuchten Gegenden?
- 4.6 Was gibt es sonst noch für Einflüsse?

5. Zeiten

- 5.1 Welche Jahreszeit lieben Sie ganz besonders? Wann fühlen Sie sich deutlich schlechter?
- 5.2 Zu welcher Zeit sind Ihre Beschwerden/Schmerzen am intensivsten? - morgens / nach dem Schlaf / vor mittags / mittags / nachmittags / abends / nachts / vor oder nach Mitternacht / eindeutig zu einer ganz bestimmten Uhrzeit? - Wann?

6. Schlaf

- 6.1 Wie ist Ihr Schlaf? - unauffällig / tief / sehr leicht / unruhig / verspätetes Einschlafen / zu frühes Erwachen.
- 6.2 Neigen Sie zu Schlaflosigkeit? - Trotz großer Müdigkeit?
- 6.3 Was hindert Sie am Einschlafen?
- 6.4 Wie fühlen Sie sich morgens nach dem Schlaf? - Gut ausgeschlafen / wie gerädert / depressiv / Wie sonst?
- 6.5 Haben Sie nachts das Fenster geöffnet?
- 6.6 Rollen Sie mit dem Kopf beim Einschlafen? - Eventuell früher?
- 6.7 Schlafen Sie mit nach hinten geneigtem Kopf?
- 6.8 Haben Sie früher mit dem Kopf gegen das Bett geschlagen? - Wann? / Wie lange?
- 6.9 Brauchen Sie besondere Wärme oder warmes Zudecken?
- 6.10 Sind Ihre Füße recht heiß und werden unter der Decke hervorgestreckt?
- 6.11 Decken Sie sich nachts auf? - Welche Körperteile?
- 6.12 Zucken Sie im Schlaf zusammen? / Fahren Sie aus dem Schlaf auf?
- 6.13 Schlafwandeln Sie zeitweise? - Früher?
- 6.14 Knirschen Sie mit den Zähnen? - Früher?
- 6.15 Schnarchen Sie?
- 6.16 Träumen Sie oft? - Alpträume / Angstträume / vom Tod / von Toten / hellsichtige Träume / Träume mit sich wiederholendem Inhalt? - Bitte genaue Angaben.
- 6.17 Sprechen / schreien Sie im Schlaf?



Joachim-F. Grätz

Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung

Patientenfragebogen A4

32 Seiten, Heft
erschienen 2007



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung www.unimedica.de