



Antje Brockmüller

Heilpraktikerin für Klassische Homöopathie und Shiatsu
Naturheilpraxis im Hof, Barnerstr. 30, 22765 Hamburg
Tel.: 040 3904320

P A T I E N T E N F R A G E B O G E N

Bitte lesen Sie diese Einleitung aufmerksam durch, bevor Sie anfangen, den Fragebogen auszufüllen!

Das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen beschriebenen Symptome gefunden.

Mit dem Fragebogen allein ist es nicht möglich, Ihr Arzneimittel zu bestimmen. Das Wichtigste bleibt das persönliche Fallaufnahmegespräch (das normalerweise in meiner Praxis stattfindet).

Während dieses Gesprächs werden wir in der Regel von Ihren Hauptbeschwerden ausgehen. Angaben zu dort nicht oder wenig besprochenen Beschwerden und Eigenheiten Ihrer Person können jedoch ebenfalls wichtige Anhaltspunkte für die Mittelwahl liefern, und/oder diese bestätigen.

Ich möchte Sie deshalb um Ihre Mitarbeit bitten.

Jede einzelne der im Folgenden Fragen bezieht sich auf einen ganz bestimmten Aspekt in der Mittelfindung. Keine einzige dieser Fragen ist überflüssig. 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 ist es notwendig, dass Sie jeden einzelnen Punkt sorgfältig bearbeiten .

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen ausreichend Zeit (planen Sie z.B. ein bis zwei Wochenenden mit jeweils 3-4 Stunden dafür ein). Lesen Sie bitte jede Frage sorgfältig durch, denken Sie darüber nach und wenn es nötig und möglich ist, fragen Sie jemanden aus Ihrem näheren Umkreis/ihrer Ursprungsfamilie. Antworten Sie dann so vollständig wie möglich. Halten Sie bitte nichts zurück.

Alles, was Sie mir hier mitteilen, wird absolut vertraulich behandelt.

© Antje Brockmüller 2009

Es wird insbesondere in keiner Datenbank gespeichert. Falls aus fachlichem Interesse Ihre Krankengeschichte oder Teile derselben veröffentlicht werden sollen, so werde ich Sie vorher um Ihr Einverständnis bitten, und die Veröffentlichung anonym, d.h. ohne Namensnennung und ohne Nennung von Umständen, die zu einer Identifikation Ihrer Person führen könnten, durchführen.

Der Fragebogen hat sieben Teile

1. Fragen zu Ihren Krankheiten und den Krankheiten Ihrer Familie.
Hier wird Ihnen auch eine Anleitung gegeben, wie Sie Ihre Beschwerden berichten sollen.
Lesen Sie bitte diese Anweisung zuerst.
Dann stellen Sie eine Liste Ihrer Beschwerden her und beschreiben Sie jede derselben gemäß der Anweisung.
2. Fragen zur Geschichte Ihrer jetzigen Erkrankung.
3. Fragen zu den Teilen Ihres Körpers.
4. Dinge, die Ihren Körper oder ihr Gemüt 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. Versuchen Sie, so offen wie möglich zu sein. Wenn Sie über etwas Bestimmtes lieber unter vier Augen sprechen möchten, als es hier niederzuschreiben, dann notieren Sie das bitte kurz.
6. Fragen zu Ihrem Schlaf und zu Ihren Träumen.
7. Erstellen Sie bitte eine Zeitlinie, auf der Sie chronologisch a) mit grüner Farbe die Krankheiten seit ihrer Kindheit bis zum heutigen Tag eintragen, b) mit blauer Farbe die wichtigen Stationen ihres bisherigen Lebensweges, und c) mit roter Farbe die sehr einschneidenden Ereignisse in ihrem Leben (z.B. Schocks, Traumata, Unfälle, Kriegserlebnisse, Tod vertrauter Menschen oder Tiere, belastende Umzüge, Schulwechsel, Lottogewinn ...)

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür, um jeden dieser Teile möglichst vollständig (evtl. mit Hilfe Ihrer Freunde/Familienmitglieder/Bezugspersonen) auszufüllen, bevor Sie zu mir kommen.

Vorname und Nachname:	Datum:
Straße:	Platz / Wohnort:
Schulbildung:	Beruflicher Werdegang in Stichworten:

ggf. Religion/spirituelle Gemeinschaft::	Geburtsdatum:
Telefon privat: Telefon geschäftlich Handy:	Geschlecht: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> intersexuell <input type="checkbox"/> transsexuell
Beruf (derzeitige Beschäftigung):	Partnerschaftsstand: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne feste Partnerschaft <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Kinder (Anzahl / Alter / Geschlecht):	Ernährung: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vegetarier <input type="checkbox"/> Nichtvegetarier <input type="checkbox"/> andere Ernährungsform (z.B . makrobiotisch, Trennkost, Vegan ...)

An mich empfohlen durch:

Anleitung, wie Sie Ihre Beschwerden beschreiben sollen:

Bei der Homöopathie begründet sich die Verordnung auf den genauen Einzelheiten der verschiedensten Symptome, an denen die Patienten leiden. Einer Homöopathin zu erzählen, dass man Kopfschmerzen hat oder einen Ausschlag oder einen Husten, ist nicht genug. Aber wenn Sie ihr sagen:

„Ich habe Kopfschmerzen mit bohrenden, schießenden Schmerzen in der rechten Kopfseite und den Schläfen, und diese Schmerzen kommen immer dann, wenn ich ab 20°C keine Wollmütze trage und auch nur ein bisschen Zugluft an meinen Kopf kommt, und sie sind wesentlich besser, wenn ich mich hinlege und den Kopf warm einhülle, und viel schlimmer, wenn ich aufstehe, umhergehe, oder wenn der Kopf Wind abbekommt. Ausserdem habe ich dann immer furchtbaren Durst auf eisgekühlte Limonade.“

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.

Ich benötige folgende Einzelheiten von jedem Ihrer Symptome

Ort: Bitte geben Sie den genauen Ort der Empfindung, des Schmerzes oder des Hautausschlages an. Ebenso beschreiben Sie, wohin der Schmerz oder das Gefühl sich ausbreitet.

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 z. B. das Gefühl, als ob eine Heuschrecke auf Ihnen krabbelt, oder als ob das Herz durch eine Stahlklaue gepackt wäre,
oder Sie haben vielleicht einen Schmerz, der schneidend, brennend, springend, aufplattend oder drückend ist.
Drücken Sie also das Gefühl so aus, wie Sie es selber empfinden (mit Ihren eigenen Worten).

Wann ist etwas besser oder schlimmer bei Ihnen? Viele Faktoren mögen einen Einfluss auf Ihre Beschwerden haben. Manche Faktoren verschlimmern Ihre Beschwerden und manche bessern Ihre Beschwerden.

Beschwerden? Eine detaillierte Liste dieser Faktoren ist auf **Seite 25 bis 29** angeführt. Bitte schlagen Sie diese auf, wenn Sie jede Ihrer Beschwerden Beschreiben und unterstreichen Sie die Faktoren, die Ihre Beschwerden bessern oder verschlimmern.

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

--	--	--	--

Frühere Erkrankungen und eingenommene Medikamente

Jede Krankheit oder Vergiftung, jede Medizin oder ein Unfall hinterlässt Markierungen und bleibt als ein Schwachpunkt im System, oft deutlicher, als wir uns vorstellen können. Die homöopathische Behandlung trägt all diese Einzelheiten der Vergangenheit Rechnung und behebt auf diese Weise diese Schwachpunkte. So wird Ihr Organismus gestärkt. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass wir alles über Ihre Beschwerden, die Sie in der Vergangenheit durchgemacht haben wissen, ebenso wie die dafür stattgefundene Behandlung.

In der jetzt folgenden Liste unterstreichen Sie bitte die Namen von allen größeren Erkrankungen, an denen Sie gelitten haben, und geben Sie bitte wo Platz ist mit Anmerkungskennzeichnung die wichtigen Einzelheiten an (nutzen Sie ggf. auch die Rückseite).

Typhus	Masern	Malaria	Fehlgeburten
Cholera	Windpocken	Gelbsucht	Totgeburten
Nahrungsvergiftung	Röteln	Lebererkrankungen	Ausschabungen
chron. Verstopfung	Mumps	Milz, Gallenblase	Erkrankungen
Diarrhöe	Keuchhusten		während der
Würmer			Schwangerschaft
andere Parasiten (Amöben, Kopfläuse, Filzläuse, Kleiderläuse, Flöhe, Wanzen o.a.)			Myome
			Uterusvorfall
entzündliche Darmerkrankungen	Fisteln	Darmverschluss	Stenosen
Unterernährung	Geschlechtskrankheiten		Nierenentzündungen
Nahrungsmittelallergien	allerg. Reaktion auf Tierbisse/-stiche	organische Herzkrankungen	
Rachitis		nicht-organische Herzbeschwerden	Harnbeschwerden
Rheumatismus	Krebs		Diabetes mellitus
Rückenschmerzen		hoher Blutdruck	Prostatabeschwerden
		niedriger Blutdruck	

Operationen
z.B. Mandel- oder
Blinddarmentfernung,
Tumorentfernung,
Milzriss,
Bypass u.a.

Diphtherie,

bösartige Tonsillitis,

Halsabszesse, Polypen

seelische Traumata, Schocks,
Kummer, Enttäuschungen,
Schreck,

Bauch-Op., Appendizitis,
Hernien, Hämorrhoiden,
Hydrocele, Star

Häufige
Erkältungskrankheiten

Art der Narkose, Anästhesie:
allgemein / lokal

Sinusitis
Bronchitis
Erkältungen
Fieber, Schüttelfrost,

Gemütskrankungen,
Depressionen oder Nerven-
zusammenbrüche

Lungenentzündung

Asthma, Pleuritis, TBC

Chronische Kopfschmerzen	Atemwegsallergien	Hauterkrankungen wie Pickel, Furunkel, Karbunkel, Abszess, Ringelflechte, Pilzkrankungen, Krätze, Ekzeme, Herpes, Nesselsucht Hautallergien.
Taubheitsgefühle		
Muskelkrämpfe		
Anfälle, Epilepsie	Schwere Unfälle	

Kinderlähmung

Lähmungen

Hirnhautentzündung

Verletzungen des Körpers
oder des Kopfes.

Alle Zustände von
Bewusstlosigkeit.

Irgendwelche Blutungen
aus irgendeinem Teil des
Körpers.

Irgendwelche Geschwüre an irgendeinem Teil des Körpers.

Familieninformation

Liste der Haupterkrankungen

Anämie	Krebs	Diabetes	Geisteskrankheit
Rheumatismus	Tuberkulose	Pleuritis	Lepra
Epilepsie	Blutungsneigung	Nesselsucht	Ekzem
Asthma	Lähmungen	Multiple Sklerose	Bluthochdruck
Herzerkrankungen	Nierenerkrankungen	Lebererkrankungen	andere

Platz für Anmerkungen

**Hat irgendeiner dieser Verwandten Erkrankungen oder Beschwerden, die den Ihren ähneln? (Wenn nötig und möglich, befragen Sie Ihre Verwandten)
Schreiben Sie bitte alles auf, was Sie darüber wissen, auch über den Umgang mit den entsprechenden Beschwerden.**

Geschwister

Wie viele Geschwister haben Sie? (einschließlich derer, die bereits gestorben sind)

Schreiben Sie Informationen in die folgende Tabelle.
Bezeichnen Sie Ihre Stelle innerhalb der Geschwisterreihe, indem Sie dort „selbst“ schreiben.

Nummer	Bruder / Schwester	Alter	lebend / tot	Erkrankungen, an denen sie leiden/gelitten haben

Platz für Anmerkungen

Persönliche Geschichte

Über Ihre Geburt

Hatte Ihre Mutter irgendwelche körperlichen oder seelischen Probleme während der Schwangerschaft mit Ihnen? Gab es Ereignisse, die Ihre Mutter/Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Erzeugung/während der Schwangerschaft mit Ihnen belastet haben?

Hat sie während der Schwangerschaft irgendwelche Medikamente oder Drogen genommen?
Wenn ja, welche?

© Antje Brockmüller 2009

Gab es irgendwelche Schwierigkeiten bei der Geburt? Bitte wenn möglich genaue Angaben.

In welchem Alter begann bei Ihnen

Zahnen		Urin-Kontrolle (Bettnässen etc.)	
Sitzen		Reagieren auf Ansprache	
Krabbeln		Irgendwelche anderen Probleme mit Wachstum und Entwicklung	
Laufen		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	Katze	Ratte, Maus	Biene, Wespe	Schlange	Tausend- füßler	Skorpion	andere
------	-------	----------------	-----------------	----------	--------------------	----------	--------

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	
Dreifachimpfung		B.C.G.		Typhus		Tetanus	

Hepatitis B							
andere							

Kinder

Anzahl Ihrer Kinder (sowohl der lebenden als auch der verstorbenen).

Bitte tragen Sie das Alter Ihrer Kinder und ihren Gesundheitszustand ein.
Falls ein Kind gestorben ist/ Kinder gestorben sind, bitte die Gründe des Todes.
Gab es Fehlgeburten, Totgeburten oder Missbildungen?

Name des Kindes	männlich / weiblich	Alter	Erkrankungen

Ihre Gewohnheiten in Bezug auf Genussmittel, Drogen und Medikamente

	Wie viel?		Wie viel?		Wie viel?		Wie viel?
Rauchen		Tabak kauen/-schnupfen		Kaffee		Tee	
Mari-huana		Alkohol		Schlaf-tabletten		Abführ-tabletten	
Softgetränk e		Süßig-keiten		Appetit-zügler		Sonsti-ges?	

Hauptsächliche Beschwerden

Hauptsächliche Beschwerden und damit verbundene Beschwerden.

Bitte schreiben Sie die genaue Geschichte ihrer jetzigen Erkrankung(en) auf:
Beginn und Verlauf mit genauen Daten.

Fortsetzung der Schilderung Ihrer Hauptbeschwerden:

Ursache(n)

Können Sie den Ursprung Ihrer jetzigen Erkrankung(en) auf irgendeine bestimmten Umstände, Unfälle, Krankheiten, Ereignisse oder Aufregungen zurückführen?

© Antje Brockmüller 2009

Schock?

Kummer?

Irrtümer?

Kritik?

Diät?

Überanstrengung?

Kälteeinwirkung?

Hitzeinwirkung?

Blutvergiftung?

Blutverlust?

oder andere?

Appetit und Durst

Wie ist Ihr Appetit?

Wann sind Sie sehr hungrig?

Was passiert, wenn Sie längere Zeit nichts essen?

© Antje Brockmüller 2009

Wie schnell essen Sie?

Wie viel Durst haben Sie?

Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?

Gibt es irgendwelche Veränderungen bezüglich Ihres Geschmacks oder Gefühls 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 / Nicht mögen oder Nichtbekommen **sehr stark** ist.

	Mögen	Nicht mögen	Nicht bekommen		Mögen	Nicht mögen	Nicht bekommen
bitter				scharf			
stark salzig				starke Gewürze			
Süßigkeiten				Fleisch			
sauer				Fisch			
Brot				Kohl			
Butter				Zwiebeln			
Gebratenes				warme/kalte Nahrung			
Milch/ Milchprodukte				warme/kalte Getränke			
Kaffee				Tee			
Geräucher-tes				Früchte			
Essig				fettes Essen			
Getreide				Gluten			
Alkohol				Hefe			
Nüsse				Eier			
Erde /Sand/ Kalk/Papier				Irgendetwas sonst			

Stuhl

© Antje Brockmüller 2009

Haben Sie irgendwelche Probleme mit Ihrem Stuhlgang?

Wann und wie häufig am Tag haben Sie Stuhlgang?

Wann ist der Stuhl dringend?

Haben Sie Probleme mit der Darmtätigkeit (Blähungen/Geräusche/Schmerzen o.a.?)

Müssen Sie beim Stuhlgang stark pressen?

Auch wenn er weich ist?

Müssen Sie Ihren Stuhl mit dem Finger herausholen?

Haben Sie Aufstoßen oder Rülpsen? Beschreiben Sie den Charakter.

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie aufgestoßen haben?

Wasserlassen und Urin

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen?

Riecht der Urin stark?

Wie riecht er?

Haben Sie Beschwerden vor, während oder nach dem Wasserlassen?

Gibt es 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 oder fühlt sich sonst auffällig an.?

Wie riecht er? z.B.: faul, scharf, sauer, wie Urin, nach Knoblauch, süßlich?

Irgendwelche Symptome nach dem Schwitzen?

Wann bekommen Sie Fieber oder Frost/Frösteln?

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

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

Brust – Herz – Erkältungen – Husten

Sind Sie häufig erkältet?

Wenn ja, wie häufig?

Beschreiben Sie die Symptome, Art der Erkältung usw.

Gibt es Beschwerden im Brustbereich oder mit dem Herz?

Gibt es Beschwerden mit Ihrer Stimme oder Sprache?

Haben Sie regelmäßig Husten?

Sexualität

Wie leben Sie Ihre Sexualität?

Gibt es irgendwelche besonderen Empfindungen?

Gewohnheiten?

Störungen?

Neigungen?

Auffällige Symptome?

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

Benutzen Sie bestimmte Methoden zur Empfängnisverhütung? Pille, Diaphragma, Persona usw.

Für Männer

Gibt es Schwierigkeiten bei der Erektion?

Unwillkürliche Erektion?

Zu schwache Erektion, ausbleibende Erektion?

Falls vorhanden: Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden mit eigenen Worten so, wie sie für Sie sind.

Für Frauen

Menstruation: Wie ist die Periode? Regelmäßig oder unregelmäßig?

In welchem Alter hat sie begonnen?

Gab es irgendwelche Beschwerden dabei?

Wie lang ist der Abstand zwischen zwei Blutungen?

Wie lange dauert die Blutung?

Menstruationsblut: Gibt es irgendwelche Besonderheiten in der Menge, in der Farbe, im Geruch oder in der Konsistenz? Gibt es starke Klumpenbildung?

Haben Sie beobachtet, ob es Veränderungen in der Qualität oder in der Menge während der Blutung gibt?

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

Haben/hatten Sie Beschwerden während der Menopause (Wechseljahre)? Wenn ja:
Welche?

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

Haben Sie Ausfluss?
Wenn ja, so beschreiben Sie die Art, Farbe, Konsistenz.

Hat dieser Ausfluss einen Bezug zu Ihrer Regelblutung?
Wenn ja, inwiefern bzw. unter welchen Umständen?

Welche Auswirkung hat dieser Ausfluss auf Ihr allgemeines Gefühl? Oder auf eines Ihrer Symptome?

Haben Sie Jucken, Wundsein oder Anderes in Folge des Ausflusses?

Haben Sie Beschwerden in der Brust? (z.B. Schwellung vor der Periode usw.)

Haben Sie Beschwerden in Bezug auf:

Schwindel? Haben Sie irgendwie Schwindelgefühle / Schwankungen

Bewusstlosigkeit? Waren Sie jemals bewusstlos? Geschieht das häufiger?

Kopf? Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

Augen? Beschwerden bzgl. Augen und Sehfähigkeit?

Ohren?	Beschwerden bzgl. Ohren und Hörfähigkeit?
Nase?	Beschwerden bzgl. Nase und Riechfähigkeit?
Gesicht?	Beschwerden bzgl. Gesicht und Gesichtsausdruck?
Mund?	Beschwerden bzgl. Mund und Geschmack?
Lippen, Zunge?	Beschwerden wie z.B. raue Lippen, Zungenbrennen oa.?
Zähne, Gaumen?	Beschwerden der Zähne des Zahnfleisches, des Gaumens, z.B. kariöse Zähne, Zahnfleischbluten, geschwollenes Zahnfleisch, Gaumenjucken?
Hals (inkl. Mandeln)?	Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?
Rücken Gliedermaßen Gelenke? Schmerzen?	Beschwerden mit dem Rücken, den Gliedmaßen oder den Gelenken ? Haben Sie Schmerzen und wechseln diese den Ort?
Ist körperlich etwas anders als gewöhnlich?	Gibt es irgendwelche Schwellungen? Gibt es Taubheitsgefühle, Lähmungen, Missempfindungen? Gibt es Fehlstellungen an einem Teil Ihres Körpers?
Haut?	Gibt es Veränderungen der Hautfarbe oder Flecken an irgendeiner Körperstelle?
Nägel?	Haben Sie Beschwerden der Nägel oder der Haut um die Nägel?

Haare?	Gibt es Beschwerden mit den Haaren, z.B. Haarausfall, Grauerwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, langsames, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum der Haare?
Wunden?	Heilen Wunden bei Ihnen langsam? Gibt es Narben?
Entzündungen der Wunden?	Neigen Wunden bei Ihnen dazu, anzuschwellen, rot zu werden, zu schmerzen, zu eitern?
Blutung?	Haben Sie eine Neigung zu bluten? Bekommen Sie schnell blaue Flecken?
Seite?	Sind Ihre Beschwerden einseitig? Wenn ja: Auf welcher Seite? Sind die Beschwerden 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 Stelle?
Zittern?	Wo und wann?
Schwäche?	Haben Sie ein Gefühl von körperlicher Schwäche? An welcher Stelle des Körpers? Wie und wann fühlen Sie dieses mehr oder weniger?

Faktoren, die eine Wirkung auf Sie haben

Es folgt jetzt eine Liste von Faktoren, denen Sie ausgesetzt sein können. Jeder dieser Faktoren kann Sie in irgendeiner Weise verändern:

Zum Beispiel: Nehmen Sie den Faktor „Sonne“.
Angenommen, Sie bekommen Kopfschmerzen, sobald Sie sich in der Sonne bewegen, so schreiben Sie "Kopfschmerzen" in das Feld neben Sonne". Oder ein weiteres Beispiel: Wenn Sie sich bei heißem Wetter unwohl fühlen, so schreiben Sie „unwohl“ in die Zeile

neben „heißes Wetter“

Insbesondere beschreiben Sie bitte die Wirkung eines jeden Faktors auf Ihre hauptsächlichen Beschwerden.

Wenn zum Beispiel Ihre hauptsächliche Beschwerde Asthma ist und wenn es sich dann schlimmer anfühlt, wenn Sie auf dem Rücken liegen, dann schreiben Sie unter der Rubrik „auf dem Rücken liegen“ „Asthma wird schlimmer“.

Wenn irgendein Faktor Ihnen Beschwerden macht oder Ihre Beschwerden bessert, beschreiben Sie es hier genau so, wie es bei Ihnen ist.
(z.B.: Kalte Luft macht Ihnen Kopfschmerzen, aber im Übrigen tut sie Ihnen gut.)

Dieser Teil ist von großer Wichtigkeit.

Gehen Sie bitte auf keinen Fall flüchtig vor. Denken Sie bei jedem einzelnen Faktorsorgfältig darüber nach, bevor Sie etwas hinschreiben!

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
Heißes Wetter		Stehen	
Kaltes Wetter		Blicken nach oben	
Regenwetter		Blicken nach unten	
Wolkenwetter		Herabblicken von hochgelegenen Plätzen	
Jahreszeitenwechsel		am Meer	
Nebel		im Gebirge	
Gewitter		Blicken auf sich bewegende Dinge	
Warmes Bad		Geräusch / Lärm	
Sonne		Plötzliches Geräusch / Lärm	
Kaltes Bad		Musik	

Gehen		Licht	
Rennen		Starke Gerüche	
Treppauf gehen		Wenn verstopft	
Treppab gehen		Vor dem Urinieren	
Bus- / Autofahren		Während des Urinierens	
Schiffahren		Nach dem Urinieren	
Fliegen			
Karussell-/ Achterbahnfahren			
Liegen			
Liegen: Auf dem Rücken		Vor der Regelblutung	
Liegen: linke Seite		Während der Regelblutung	
Liegen: rechte Seite		Nach der Mensis	
Liegen: auf dem Bauch		Nach dem Schwitzen	
Liegen: Kopf niedrig		Wenn hungrig	
Sitzen		Nach dem Essen	
Aufrecht sitzen		Trinken	
Nach dem Geschlechtsverkehr		Abends	

Staub		Nachts	
Rauch		Baden	
Berührung		Zugluft	
Druck		Beißen und Kauen	
Massage		Nase schnäuzen	
Enge Kleidung (Schal, Gürtel, enganliegende Kleidungsstücke)		Beim Alleinsein	
Vor dem Schlaf		In Gesellschaft	
Während des Schlafens		Körperliche Anstrengung	
Nach dem Schlaf		Rülpfen	
Nach dem Mittagsschlaf		Windabgang	
Schlafmangel		Nach dem Haare schneiden	
Vor dem Stuhl		Kämmen	
Während des Stuhls		Zähneputzen	
Nach dem Stuhl		Mondlicht	
Husten		Beim Öffnen des Mundes	

Niesen		Rauchen	
Lachen		Hängenlassen der Gliedmaßen	
Reden		ggf. in der Nähe Ihrer Haustiere	
Lesen		Erheben der Arme	
Schreiben		nach geselligem Beisammensein	
Bücken		Rasieren	
Vor einem wichtigen freudigen Ereignis		Strecken	
Vor einem wichtigen herausfordernden Ereignis (Prüfung oä)		Schlucken	
Wenn Sie wütend sind		Beim Zuhören, wenn andere sprechen	
Wenn bekümmert		Erbrechen	
Wenn traurig		Gähnen	
Nach dem Weinen		Beim Bewegen der Augen	
Trösten / Mitleid		Beim Öffnen der Augen	
In einer Menge		Beim Schließen der Augen	
In geschlossenen Räumen		Nach nassen Füßen	

Beim Denken an Krankheit		Nach Überessen	
Vollmond / Neumond		Nach Aufenthalt/ Arbeiten im Wasser (Spülen/Schwimmen u.a.)	
Morgens		Wenn Ihnen jemand zulächelt	
Nachmittags		Wenn Sie jemandem zulächeln	

Platz für Anmerkungen

Geist und Gemüt

Geist und Gemüt haben einen beträchtlichen Einfluss auf unser körperliches und sonstiges Befinden .

Für eine wirkungsvolle Behandlung ist es notwendig, dass ich Ihren Gemütszustand und Ihre geistige Verfassung so genau wie möglich verstehe.

Deshalb werde ich Ihnen eine Menge entsprechender Fragen stellen.

Diese Informationen werden mir helfen, um Ihnen das richtige Mittel zu geben. Auf der anderen Seite wird ein solches Mittel Ihnen weiterhelfen, Ihren Geistes- und Gemütszustand zu verbessern, sofern er Ihnen Beschwerden bereitet.

1. Sind Sie ängstlich?
Was macht Ihnen Angst?

2. Haben Sie Furcht vor irgend etwas bzw. in bestimmten Situationen?
Zum Beispiel vor bestimmten Tieren, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Krankheit, zu fallen, vergiftet zu werden, vor Räubern, Armut, davor, dumm dazustehen,

© Antje Brockmüller 2009

Höhen, engen Räumen, Menschenmengen, Entführung, Weltuntergang, Ausserirdischen, Fliegen in Flugzeugen, Krieg, Klima- und Umweltkatastrophen, vor Messern, zu versagen, vor Unglücken, Unfällen o.a.?

3. Sind Sie voller Zweifel oder misstrauisch? Wobei?

Sind Sie wegen irgendetwas eifersüchtig? Auf wen?

An welchen Symptomen leiden Sie, wenn Sie eifersüchtig sind?

4. Bei welchen Gelegenheiten sind Sie ungeduldig? In Eile?

5. Wie lange erinnern Sie sich an Beleidigungen, die Ihnen von anderen angetan wurden?

6. Worauf sind Sie stolz?

Wodurch wird Ihr Stolz leicht verletzt?

7. Sind Sie schwermütig?

Grübeln Sie unentwegt vor sich hin?

8. Haben Sie schon mal Gedanken an Suizid gehabt?

Wann?

Wenn ja, über welche Art des Suizides denken Sie dann nach, um Ihr Leben zu beenden?

Haben Sie trotz solcher Suizidgedanken Angst vor dem Tod?

9. Haben Sie viele sexuelle Gedanken?

10. Werden Sie zu irgendeiner Zeit von unerwünschten Gedanken heimgesucht?

11. Haben Sie irgendwelche Gefühle oder Ängste, die sich auf eingebildete Dinge beziehen (Gespenster, jemand ist im Haus, eine schlimme Krankheit zu haben, ohne dass es die geringsten Anzeichen dafür gibt o.ä.)?

12. Hören Sie Stimmen, oder werden Sie gerufen, oder irgendetwas in dieser Art.

© Antje Brockmüller 2009

Kommt so etwas in Ihren Sinn?

13. Wie ist Ihr Gedächtnis?

Wofür haben Sie ein schlechtes Gedächtnis?
(Zum Beispiel für Namen, Gesichter, Zahlen, oder was Sie gerade gelesen haben)

14. Weinen Sie leicht?

Was bringt Sie zum Weinen?

Wie fühlen Sie sich nachdem Sie geweint haben?

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie jemand tröstet/zu trösten versucht?

15. Sind Sie leicht gereizt?

Was macht Sie ärgerlich?

Welche körperlichen Symptome entwickeln Sie, wenn Sie zornig sind?
Zum Beispiel: Zittern, Schweiß, Herzklopfen usw.

16. Lieben Sie Gesellschaft?

© Antje Brockmüller 2009

Oder bleiben Sie lieber alleine?

17. Wie schlimm werden Sie durch Unordnung oder Unsauberkeit Anderer berührt?

Wie ordentlich sind Sie selbst?

Wie reinlich sind Sie selbst?

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

19. Gibt es etwas, was Sie nie wieder erleben wollen/jemandem, dem Sie nie wieder begegnen wollen?

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

21. Welche Beschäftigungen haben Sie wirklich gerne?

22. Welche Beschäftigungen sind Ihnen ein Gräuel?

© Antje Brockmüller 2009

23. Welche Ansichten und Launen passen Ihrer Meinung nach nicht zu Ihnen?
Ist es Ihnen, obwohl Sie es wissen, bisher nicht möglich, diese zu ändern?

24. Beschreiben Sie bitte Ihre Lebenssituation und Ihr Verhältnis zu jedem Ihrer Familienmitglieder, Ihren Freunden und Ihren Arbeitskollegen.

25. Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

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

27. Haben Sie Hobbies?

Schlaf

Schlafen Sie in einer ganz bestimmten Lage? (Auf dem Rücken, auf der Seite, auf dem Bauch usw.)

© Antje Brockmüller 2009

In welcher Lage können Sie überhaupt nicht schlafen?

Während des Schlafens:

Neigen Sie zum Schnarchen, Zähneknirschen, Speichelfluss, Schwitzen, Augen und Mund geöffnet halten, Umhergehen, Sprechen, Stöhnen, Weinen, Umherwälzen, Zappeln, Aufwachen mit Zusammenzucken, Schreien? (Bitte streichen Sie an)

Beschreiben Sie, was irgendwie ungewöhnlich in Bezug auf Ihren Schlaf ist:

Neigen Sie zu Schläfrigkeit tagsüber? Bestehen regelmäßig Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, usw. und wenn ja: Wissen Sie, wie und wann es dazu kommt, bzw. was Sie vom Schlafen abhält?

Gibt es etwas, was Ihnen beim Einschlafen bzw. Wiedereinschlafen hilft?.

Wie warm 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 (unbestimmt)	Fliegen	Bäume	Toten Personen
Wilde Tiere	Furcht vor etwas Bestimmtem	Schwimmen	Wasser	Körperteilen
Schlangen	Geister	Ertrinken	Schnee	Von Suizid
Spinnen	Dämonen	Katastrophen		
Hunger	Feuer	Unfälle	Reden	Geschäfte
Durst	Blitz	Fallen	Singen	Geld
Trinken	Sturm	Schießen	Tanzen	Tagesgeschäft
Essen/ Speisen	Regen	Krieg	Angenehme	Vergessene geschäftliche Erledigungen
Überessen				
Erbrechen	Romantische	Schmerz	Beten	Versagen
Stuhlgang	Sexuell angenehm	Krankheit	Religiöse	Hindernisse
Urinieren	Vergewaltigung	Leiden	Tempel	Zug verpassen
Bluten	Nacktheit	Verstümmelung	Kirche	Examen
	Orgien		Gott	Nicht vorbereitet
	schamvoller Sexualität		Messe/ Gottesdienst	nicht rechtzeitig da sein
	verbotener Sexualität		Kloster	etwas vergessen zu haben
	mit Orgasmus		Nonnen	
Kummer	Polizei	Unglück	Mönchen	
Weinen	Gefängnis	Unsicherheit	Engel	
Verdross	Verbrechen	Gefahr	Okkultismus	
Streit	Mörder	Verfolgt werden	Satan/Teufel	
Eifersucht	Töten	Durch wen?	Exorzismus	
Beleidigung	Vergiften	Weswegen?	Erlösung	
Leute	Von bestimmten Ereignissen	Körperliche Anstrengungen	Spiritualität	
Kinder	Fremdartige	Geistige Anstrengungen	spirituelle Meister	
Partys	Kurz zurückliegende Ereignisse	Müdigkeit	Meditation	
Feste	Zukünftige Ereignisse	Farbig	spirituelle Gemeinschaft	
Heirat	Prophetische	Vielfarbige	Zelebration	
	Hellsichtige		Schamanismus	
			Tiergeistern	

Wenn noch etwas Bestimmtes geträumt wird, was dann schreiben Sie es bitte auf dieser und der folgenden Seite auf.

Hier ist auch Platz für Träume aus Ihrer Kindheit, an die Sie sich gut erinnern.

Haben Sie Alpträume (gehabt)? Bitte schildern Sie diese so genau wie möglich.

