

Homöopathische Fallaufnahme

Dr. med. Annemarie Petersohn
Ärztin für Naturheilverfahren

Dr. med. Jessica Männel
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin

Dr. med. Hans-Joachim Petersohn
Arzt für Chirotherapie, Sportmedizin
Naturheilverfahren, Umweltmedizin

Pfeifferstr. 68
40625 Düsseldorf

Tel. 0211 / 28 73 01 und 0211 / 92 90 850
Fax: 0211 / 290 481
www.nhz-kloster-gerresheim.de

GROSSER HOMÖOPATHISCHER ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Vorname: _____

Hauptbeschwerden: _____

(Bitte stichwortartig beschreiben) _____

Auslöser der Hauptbeschwerden: _____

(Bitte stichwortartig beschreiben) _____

- Ort: _____

- Ausstrahlung: _____

Besserung / Verschlechterung durch: _____

Ihre Hauptbeschwerden werden durch folgende Einflüsse

besser / angenehmer (bitte umkreisen Sie den jeweiligen Begriff)

schlechter / unangenehmer (bitte unterstreichen Sie den jeweiligen Begriff)

Zeitabhängigkeit: Tageszeit / Jahreszeit / Mondphase / vor / bei / nach

Mahlzeit: vor / bei / nach

Wetter: trocken / schwül / feucht / neblig / nass / windig / kalt / warm / heiß

Temperatur: Kälte / Wärme / Hitze

Berührung: Hautkontakt / Kleidung / Reiben / Druck / Baden

Haltung: Liegen / Sitzen / Stehen / Beugen / Strecken / Zusammenkrümmen

Bewegung: Erstbewegung / Fortgesetzte Bewegung / Gehen / Fahren / Lift / Fliegen

Aufenthalt: im Raum / im Freien / Meer / Gebirge

Helligkeit: Helligkeit / Dunkelheit / Schatten / Sonne / Schnee

Geräusche: Lärm / Spezielle Geräusche / Musik

Geruch: Parfüm / Blumen / Zigarettenrauch

Gesellschaft: Alleinsein wird gewünscht / ist schwer zu ertragen / bedrückt

Menschenmenge ist:

beängstigend / wird gewünscht / führt zu Wohlbefinden / ist schwer zu ertragen

Allgemeinsymptome (den ganzen Menschen betreffend)

Appetit:	kein / wenig / viel / Heißhunger?
Verlangen nach:	süßes / saures / salziges / Fett / Getränke / Lebensmittel / Genussmittel?
Abneigung gegen:	süßes / saures / salziges / Fett / Getränke / Lebensmittel / Genussmittel?
Durst:	kein / wenig / viel / auf Kaltes / auf Warmes / auf Heißes?
Geschmack:	süß / sauer / salzig / fade / bitter / metallisch?
Urin:	wenig / viel / oft / Inkontinenz / Geruch / Farbe / Trübung?
Stuhl:	Häufigkeit : _____ Konsistenz: hart / fest / breiig / klumpig / wässrig Farbe: _____ Geruch: gering / stinkend / sauer / faule Eier
Schweiß:	kalt / warm / Konsistenz / Geruch
Temperaturempfinden:	frostig / kalt / warm / hitzig?
Schlaf:	ruhig / unruhig / unterbrochen / Schlaflosigkeit - Uhrzeit _____ / Einschlafstörung
Traum:	wenig / viel / angenehm / unangenehm / wiederholt / stark beeindruckend / von Gefahren / vom Tod / morgens erholt / morgens nicht erholt
Menstruation:	schwach / stark / schmerzhaft / Konsistenz / Geruch / Farbe: hell oder dunkel
<u>Zyklus:</u>	_____ Tage Dauer: _____ Tage regelmäßig:
<u>Menarche:</u>	seit: _____
<u>Menopause:</u>	
Fluor:	schwach / stark / wundmachend / Farbe: _____ / Geruch: _____
Vita sexualis:	Verstärktes sexuelles Verlangen / mangelnde Libido / Störungen bei Geschlechtsverkehr: ja / nein

Gemütssymptome

Mentaler Status:	Merkfähigkeit / Konzentration: gut / mäßig / schlecht
Stimmung:	gut / mäßig / schlecht / ausgeglichen / fröhlich / angespannt / traurig / weinerlich / depressiv
Gefühlsregung:	Niedergeschlagenheit / Gereiztheit / Ärger / Zorn
Geselligkeit:	Sie sind oft einsam / gesellig
Temperament:	Sie sind ruhig / zurückhaltend / lebhaft / nervös
Ängste:	

Lokalsymptome (Kopf-zu-Fuß-Schema)

Kopf:	Haben Sie Kopfschmerzen / Schwindel / Benommenheit?
<u>Augen:</u>	Haben Sie oft / gelegentlich / stark / mäßig aber konstant Rötung / Juckreiz / Brennen / Lichtempfindlichkeit / Doppelsehen?
<u>Nase:</u>	Haben Sie Trockenheit / Niesreiz / Sekretion / Geruchsüberempfindlichkeit?
<u>Ohren:</u>	Haben Sie Klingeln / Schwerhörigkeit / Geräuschüberempfindlichkeit?
<u>Mund:</u>	Ist der Geschmack auffällig? Besteht Mundtrockenheit / Speichelfluss vermehrt / vermindert? Aphthen gelegentlich / häufig / einseitig?
<u>Zähne:</u>	Lockerungsgefühl / Zahnschmerzen
Hals:	
<u>außen:</u>	Vergrößerung? Engegefühl?
<u>innen:</u>	Kloßgefühl / Schluckbeschwerden / Heiserkeit?
Brust:	
<u>Atemwege:</u>	Husten / Zusammenschnürungsgefühl / Atemnot?
<u>Herz:</u>	Herzklopfen / Stechen / Beklemmungsgefühl / Angst?
<u>Mammae:</u>	Spannungsgefühl / Schmerzen / Absonderung?
Bewegungsapparat:	Stechen / Ziehen / Schmerzen / Steifigkeit / Kribbeln / Taubheitsgefühl / Krämpfe / weitere Beschwerden?
<u>Wirbelsäule:</u>	_____
<u>Arme:</u>	_____
<u>Beine:</u>	_____
Magen-Darm-Trakt:	
<u>Magen:</u>	Aufstoßen / Sodbrennen / Übelkeit / Erbrechen?
<u>Darm:</u>	Abgehende Blähungen / Kolik / Blähbauch / Verstopfung / Durchfall?
Urogenital-Trakt:	Stechen / Brennen / Juckreiz / Schmerzen?
<u>Beschwerden der Harnwege:</u>	_____
<u>Beschwerden der Geschlechtsorgane:</u>	_____
Haut:	trocken / fettig / Rötung / Brennen / Juckreiz / Akne / Ekzem / Herpes – akut oder oft / Muttermale / Warzen
Haare:	Haarausfall / matt / spröde?
Nägel:	fleckig / spröde / Entzündung?
Drüsen:	Schwellung / Verhärtung?