

# Fragebogen

(Selbstverständlich fallen alle Ihre Schilderungen unter die Schweigepflicht)

## A. Was ist das für ein Fragebogen?

- Die Beantwortung dieser Routinefrage hilft uns als Ärzte einen Überblick über Ihre individuelle Lebensgeschichte, besondere Lebensumstände, aktuelle Problematik und persönliche Ziele zu erhalten.

## B. Warum soll ich ihn ausfüllen?

- Anhand Ihrer persönlichen Lebensgeschichte und der individuellen Analyse der Problematik sind wir in der Lage, einen für Sie eigens zugeschnittenen Behandlungsplan - mit den für Sie passenden Methoden - zu erstellen.
- Dadurch können wir, von Anfang an, gezielt an den „richtigen Stellen“ arbeiten.
- Ausserdem erhalten Sie durch das Ausfüllen ein (noch) tieferes Verständnis über sich selbst, über Entstehung und bisherige Entwicklung der Problematik.

## C. Wie genau fülle ich den Fragebogen aus?

- Sie können selbst zum Erfolg Ihrer Therapie beitragen, indem Sie alle Fragen beantworten.
- **Die Seite 3, „Hauptbeschwerden“ ist für uns die wichtigste Seite!**

## D. Was geschieht mit dem ausgefüllten Fragebogen? (Kostenpunkt)

- Dies ist ein Teil der ärztlichen Anamnese und ermöglicht eine Verkürzung der Behandlung vor Ort. Ebenso ermöglicht dies den Ärzten eine speditive Planung. Der Arzt/Die Ärztin wird den Fragebogen evaluieren, zusammenfassen und ein Procedere erstellen. Aus diesem Grund entstehen beim Aktenstudium bereits Kosten von ca. 30-50.- CHF (je nach Aufwand).

***Ich habe einen Termin am:***

***Ich habe einen Termin bei:***

***Personalien***

---

Datum

---

---

Name

---

---

Vorname

---

---

Geburtsdatum

---

---

Adresse

---

---

Wohnort

---

---

Telefon P

---

---

Telefon G

---

---

Natel

---

---

Beruf

---

---

Gewicht

---

---

Grösse

---

---

Krankenkasse

---

---

Versicherungsnummer

---

---

Zusatzversicherung für  
Komplementärmedizin

---

---

Email-Adresse

---

---

Hausarzt

---



## Zahnmedizinische Fragen

Sind Sie zurzeit in homöopathischer oder naturärztlicher Behandlung?  ja  nein

*Bemerkung:*

---

Sind Kiefergelenksgeräusche, -knacken, -schmerzen vorhanden?  ja  nein

*Bemerkung:*

---

Hatten Sie Unfälle im Bereich der Zähne / des Kopfes?  ja  nein

*Bemerkung:*

---

Haben Sie chronische Entzündungen der Kiefer- oder Stirnhöhlen und/ oder im Mund?  
 ja  nein

*Bemerkung:*

---

Wurden als Kind Zahnkorrekturen durchgeführt?  ja  nein

*Bemerkung:*

---

Sind **ALLERGIEN** oder **UNVERTRÄGLICHKEITEN** bekannt? **Wenn JA: Welche?**

---

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, Informationen bei meinem behandelnden Arzt einzuholen, wenn mein Krankheitszustand die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung beeinflussen kann.

ja  nein

*Bemerkung:*

---

## Frühere Erkrankungen und Behandlungen

Jede Krankheit, Vergiftung, jeder Unfall usw. lässt Spuren zurück und bleibt ein schwacher Punkt im System.

Für eine homöopathische Behandlung müssen diese Faktoren berücksichtigt werden, um die gegenwärtigen Beschwerden beeinflussen zu können.

Zutreffendes bitte ankreuzen, oder machen sie eigene Angaben.

<b>Operationen</b>	<b>Kopf und Nervensystem</b>	<b>Magen, Darm</b>
<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Chronische Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen
<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Chronischer Durchfall
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Narkose	<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Rheumatismus
<input type="checkbox"/> Lokale Anästhesie	<input type="checkbox"/> Rückenmarkspunktion	<input type="checkbox"/> Würmer

<b>Blutkreislauf</b>	<b>Geschlechtskrankheiten</b>	<b>Harnwege</b>
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Gonorrhöe	<input type="checkbox"/> Blasenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schwindel		<input type="checkbox"/> Prostata

<b>Lungen</b>	<b>Haut</b>	<b>Seele</b>
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Kummer
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Enttäuschung
<input type="checkbox"/> Chronischer Husten	<input type="checkbox"/> Bläschen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Nervenzusammenbruch

<b>Ohren</b>	<b>Augen</b>	<b>Nase</b>
<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Bluten
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Schielen	<input type="checkbox"/> Polypen



## Familiäre Erkrankungen

### Hauptsächliche Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Leber, Galle	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Bluter	<input type="checkbox"/> Lunge, Asthma, TBC	<input type="checkbox"/> Geisteskrankheit
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Psyche
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Rheumatismus	
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ekzem, Nesselsucht	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lähmungen	

### Grosseltern, Eltern, Onkel, Tanten

	<b>Alter</b>	<b>Krankheit, Todesursache, Wann</b>
<b>Grossmutter mütterlicherseits</b>		
<b>Grossvater mütterlicherseits</b>		
<b>Grossmutter väterlicherseits</b>		
<b>Grossvater väterlicherseits</b>		
<b>Mutter</b>		
<b>Vater</b>		
<b>Tante(n)</b>		
<b>Onkel</b>		

### Geschwister

<b>Bruder</b>	<b>Schwester</b>	<b>Alter</b>	<b>Krankheit</b>
1			
2			
3			
4			

### Kinder

<b>Name</b>	<b>Alter</b>	<b>Krankheit</b>
1		
2		

Fragebogen allgemein

3		
4		

## **Familiäre Erkrankungen, Persönliche Vorgeschichte**

Hatte Ihre Mutter Probleme während der Schwangerschaft? Schwierigkeiten? Medikamente?

---

Hatte Ihre Mutter Probleme während der Geburt? Schwierigkeiten? Medikamente?

---

Kinderkrankheiten?

<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten

Wie war der Verlauf?

---

<b>Entwicklung</b>	<b>Alter</b>	<b>Auffälligkeiten</b>
<input type="checkbox"/> Sitzen		
<input type="checkbox"/> Stehen		
<input type="checkbox"/> Gehen		
<input type="checkbox"/> Zahnen		
<input type="checkbox"/> Urinkontrolle/Bettnässen		
<input type="checkbox"/> Entwicklungsprobleme		
<input type="checkbox"/> Essen von Unverdaulichem		
<input type="checkbox"/> Nahrungsunverträglichkeit		



## ***Persönliche Vorgeschichte***

Welche Gewohnheiten haben Sie?

	<i>seit wann?</i>	<i>in welcher Menge?</i>
<input type="checkbox"/> Rauchen		
<input type="checkbox"/> Alkohol		
<input type="checkbox"/> Kaffee		
<input type="checkbox"/> Schlaftabletten		
<input type="checkbox"/> Abführmittel		
<input type="checkbox"/> Medikamente		
<input type="checkbox"/> sonstiges		
<input type="checkbox"/> Drogen		

Bemerkungen:

---

## ***Appetit und Durst***

Spüren Sie eine Veränderung des Geschmacks oder Gefühls in Ihrem Mund? Wann?

---

Wie schnell essen Sie? Essgewohnheiten?

---

Wie ist Ihr Appetit? Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders hungrig?

---

Wie ist Ihr Durst? Wie viel trinken Sie täglich? Was?

---

Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?

---

Was passiert, wenn Sie lange hungrig sein müssen? Körperlich? Stimmungsmässig?

---

---

Bemerkungen:

---

Fragebogen allgemein

## **Stuhlgang**

Haben Sie beim Stuhlgang irgendwelche Probleme? Verstopfung. Durchfall usw.

---

Ist die Farbe und/oder der Geruch Ihres Stuhls auffällig?

---

Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhles? dick, klebrig, klumpig, flüssig, wässrig usw.

---

Wann und wie oft pro Tag haben Sie Stuhlgang?

---

---

Wann ist der Stuhlgang dringend?

---

---

Besonderheiten bei der Darmentleerung?

---

---

Müssen Sie stark pressen? Auch bei weichem Stuhl?

---

---

Blähungen? Wann?

---

---

Bemerkungen:

---

---

Fragebogen allgemein

## **Wasserlösen**

Haben Sie beim Wasserlösen irgendwelche Probleme?

---

Ist die Farbe und/oder der Geruch Ihres Urins auffällig? Wie?

---

Haben Sie Schwierigkeiten vor, während oder nach dem Wasserlösen?

---

Haben Sie Schwierigkeiten in Bezug auf den Wasserstrahl?

---

Langsamer Start, unterbrochen; schwach, tröpfelnd usw.

---

Kommt manchmal unwillkürliches Wasserlassen vor? Wann?

---

Bemerkungen:

---

## ***Schwitzen, Fieber, Frösteln, Erkältung***

Wann (Tages- oder Nachtzeit) schwitzen Sie?

---

In welchen Situationen schwitzen Sie?

---

Haben Sie eine auffallende Schweissbildung an bestimmten Körperstellen?

---

Wie ist der Schweiss? Kalt, klebrig, ölig, usw. Färbt er die Wäsche?

---

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

---

Haben Sie ein Brennen oder Hitzegefühl in den Händen oder Fusssohlen? Wann?

---

Spüren Sie ein bestimmtes Wärme- oder Kältegefühl in einem Bereich des Körpers zu einer bestimmten Zeit?

---

Sind Sie häufig erkältet?

---

Wenn ja, wie sind die Beschwerden?

---

## **Welche Beschwerden haben Sie in folgenden Bereichen?**

**Kopf** Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht usw.

---

---

**Haar** Haarausfall, Schuppen, trocken, ölig, Ergrauen, geringes oder sehr starkes Wachsen usw.

---

---

**Gesicht** Gesichtsausdruck, Farbe, Schwellungen usw.

---

---

**Augen** Sehen, Tränen, Reizungen, Absonderungen usw.

---

---

**Mund** Zunge, Geschmacksinn, Aphten usw.

---

---

**Lippen** Risse, Blasen, Haut die sich ablöst

---

---

**Zähne** Karies, Wurzelbehandlungen usw.

---

---

**Zahnfleisch** geschwollen, blutend usw.

---

---

**Hals** Mandeln, Schluckschwierigkeiten usw.

---

---

## **Welche Beschwerden haben Sie in folgenden Bereichen?**

---

**Rücken, Gelenke**      Schwellungen, Taubheitsgefühl, Lähmung in irgend einem Teil des Körpers usw.

---

---

**Stimme**

---

---

**Lungen, Bronchien**

---

---

**Atmung**                      z.B. Husten

---

---

**Herz**                              z.B. Herzklopfen

---

---

**Magen, Darm**

---

---

**Leber, Gallenblase**

---

---

**Nieren, Blasen**

---

---

**Genitalien**

---

---

**Hautveränderungen**      Ausschläge, Warzen, Hornhaut, Pilze, Juckreiz, Risse usw.

---

Fragebogen allgemein

---

**Wundheilung** langsam, bildet wildes Narbengewebe, Tendenz zu Eiterung, langes

---

---

**Bluten nach  
Verletzungen usw.**

---

---

**Nägel** spröde, eingewachsen, dick, abblättern usw.

---



## **Geistes- und Gefühlssymptome**

In welchen Bereichen sind Sie ungeduldig, gehetzt?

---

Wie lange erinnern Sie sich an Verletzungen, die Ihnen von jemandem zugefügt worden sind?

---

Wie stark sind Rachegefühle ausgeprägt?

---

Auf was sind Sie stolz? Wird Ihr Stolz rasch verletzt?

---

Wie ist es mit depressiven Verstimmungen, Grübeln, Gedanken, das Leben beenden zu wollen?

---

Wie ist Ihre Willenskraft, Ihr Selbstvertrauen?

---

Tauchen manchmal Gedanken auf, die Sie lieber nicht hätten? Welche?

---

Unangenehme Empfindungen?

---

Fragebogen allgemein

## **Geistes- und Gefühlssymptome**

In welchen Situationen weinen Sie?

---

Wie fühlen Sie sich, wenn jemand Mitleid zeigt, oder Sie trösten möchte?

---

Sind Sie rasch gereizt?

---

Was macht Sie ärgerlich?

---

Wie reagieren Sie auf Widerspruch?

---

Wie reagieren Sie körperlich dabei? z.B. zittern, schwitzen usw.

---

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft? Lieber allein?

---

Wie ist Ihr Umgang mit Ordnung, Unordnung?

---

Fragebogen allgemein

## **Geistes- und Gefühlssymptome**

Gab oder gibt es Ereignisse, Sorgen, Kummer, die Auswirkungen auf Ihr Befinden hatten bzw. haben?

---

Welche Aktivitäten lieben Sie besonders?

---

Gibt es Beschäftigungen, denen Sie gar nicht gerne nachgehen?

---

Gibt es Stimmungszustände oder Eigenschaften, die Ihnen unangenehm sind, die Sie – obwohl sie Ihnen bewusst sind – kaum beeinflussen können?

---

In welchen Umständen leben Sie? (Wohnverhältnisse, Partnerschaft, Freundschaft, Beruf, Aktivitäten)

---

Wie sieht für Sie die Zukunft aus?

---

## **Weiblicher Zyklus**

Ist der Zyklus regelmässig?

---

Gibt es Körperliche oder Psychische Störungen die in einem Zusammenhang mit dem Zyklus stehen?

---

Nehmen Sie Hormonpräparate oder Anti-Konzeptiva? Wenn ja welche ?

---

## Fragebogen allgemein

### Wegbeschreibung

- ab Bahnhof Baar:
  - 15 Min. zu Fuss
  - mit Bus Nr. 3 oder 31 bis Haltestelle «Brauerei»
- ab Bahnhof Zug:
  - mit Bus Nr. 3 bis Haltestelle «Brauerei»
  - mit der Stadtbahn S1 bis Bahnhof Baar
- mit dem Auto:
  - von Luzern via Ausfahrt Baar
  - von Zürich via Sihltal, 1 km nach Kreisli Sihlbrugg, vor Autobahnbeginn links Richtung Baar

