



Dr. med. Wolfgang Cohrdes

**Facharzt für Allgemeinmedizin
Homöopathie und Naturheilverfahren**

Rathausplatz 34 - 22926 Ahrensburg

BEFRAGUNG DES PATIENTEN ZUR HOMÖOPATHISCHEN BEHANDLUNG:

Der Fragebogen dient dazu, dasjenige homöopathische Arzneimittel aus einer Fülle von Arzneien herauszufinden, das in seiner Wirkung *Ihren* Krankheitserscheinungen möglichst nahe kommt. Es muss *Ihrer* Konstitution entsprechen. Dafür ist vorteilhaft, wenn Sie die Beantwortung sehr aufmerksam und persönlich durchführen. Auch scheinbar unwichtige Nebensächlichkeiten können zur Ähnlichkeitssuche wertvoll sein. Wertvolle Symptome erinnern Sie meist spontan und kommen eher „aus dem Bauch“. Diagnosen sind zwar wichtig, mehr aber noch brauchen wir Ihre persönlichen Empfindungen. Auch Störungen von ganz ungewöhnlicher Art sind erwünschte Beschreibungen. Vermeiden Sie gern ärztliche Fachausdrücke – *gerade Ihre Ausdrucksweise ist wichtig, d.h. wie Sie Ihre Krankheit erklären können*. Die Beantwortung kann auf einem Extrabogen erfolgen.

1. Wegen welcher Beschwerden und Symptome suchen Sie mich auf? Was haben Sie bisher dagegen unternommen?
2. Seit wann bestehen diese Beschwerden und zu welcher Zeit treten Sie auf?
3. Wodurch werden die Symptome verschlimmert oder gelindert?
4. Wie äußern sie sich? (brennend, klopfend, drückend, ausstrahlend? Als ob.....?)
5. Wodurch ist nach Ihrer Vorstellung die Erkrankung ausgelöst oder verschlimmert worden?
6. Welche anderen Erkrankungen, Operationen oder Unfälle hatten Sie früher? Vorbefunde?
7. Haben Sie besonders früh/spät laufen/sprechen gelernt oder Zähne bekommen?
8. Zu welcher Jahreszeit fühlen sie sich allgemein am besten/schlechtesten?
9. Zu welcher Stunde, Tages- oder Nachtzeit fühlen Sie sich am besten/schlechtesten?
10. Wie wirken kaltes, heißes, trockenes oder feuchtes Wetter auf Sie?
11. Wie ertragen Sie Nebel, Wind oder Sturmwetter?
12. Wie ertragen Sie Zugluft?
13. Schwitzen Sie leicht? In welcher Weise? Wo?
14. Welchen Einfluss haben Wetter-, Klimawechsel auf Sie?
15. Es gibt Leute, die immer frieren und es kalt haben und andere, die es immer warm oder zu heiß haben. Zu welchen gehören Sie?
16. Wie ertragen Sie Wärme allgemein (z.B. Bettwärme, Zimmerwärme, Sauna, Kleidung, Sonne) ?
17. Haben Sie leicht kalte oder heiße Füße oder Hände?
18. Strecken Sie die Füße nachts gern aus dem Bett oder tragen Sie nachts Socken?
19. Welche Körperstellung ist Ihnen unangenehm, welche angenehm (z.B. Sitzen, Stehen oder Liegen)? Bitte begründen!
20. Wie steht es bei Ihnen in punkto Reisekrankheit? Seekrankheit? Dabei Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?
21. Wie steht es mit Ihrem Appetit und wann jeweils haben Sie Hunger?
22. Wie steht es mit Ihrem Durst? Welche Mengen und was vorzugsweise trinken Sie etwa pro Tag?
23. Welche Speisen und Getränke bekommen Ihnen nicht? Unverträglichkeiten? Warum?
24. Für welche Nahrungsmittel und Getränke haben sie eine ausgesprochene Vorliebe?
25. Gegen welche Speisen und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Abneigung?
26. Wie steht es mit dem Rauchen? Konsumieren Sie Alkohol? Drogen? In welchen Mengen?
27. Welchen Impfungen unterzogen Sie sich und gab es Nebenwirkungen?
28. Wie fühlen Sie sich am Meer? Im Gebirge?
29. Wie ertragen Sie geschlossene Kragen, Gürtel, eng anliegende Kleider?
30. Wie bekommt Ihnen Bewegung (Tanzen, Entspannungsübungen, Powersport, etc.)?

31. Wie heilen Verletzungen bei Ihnen? Wie lange bluten Sie? Wie häufig haben Sie Blutergüsse (blaue Flecke)?
32. Sind Sie besonders geräuschempfindlich oder schreckhaft? Wenn ja, wobei?
33. Sind Sie besonders licht- oder geruchsempfindlich (mit Beschwerden)?
34. Wie ertragen Sie Alleinsein oder Gesellschaft?
35. Können Sie Trost oder Mitleid annehmen? Fühlen Sie entsprechend für andere?
36. Unter welchen Umständen empfinden Sie Eifersucht?
37. Wie steht es mit Ängsten bzw. Furcht? (Tiere, Gewitter, Einbrecher, Alleinsein, Nacht, Dunkelheit, Zukunft, Krankheiten, enge Räume, hoch gelegene Orte, Prüfungen.....?)
38. Wie fühlen Sie sich in einer Menschenmenge?
39. Was versetzt Sie in Zorn/Wut? Ärgern Sie sich leicht?
40. Was macht sie traurig? Weinen Sie? Sehr schnell?
41. Haben oder hatten Sie einen großen Kummer? Wann? Wie gehen Sie damit um?
42. Kennen Sie Heimweh?
43. Fühlen Sie sich leicht angegriffen, beleidigt? Wie reagieren Sie darauf?
44. Ärgern Sie sich über Fehler von anderen – oder von sich selbst?
45. Wie steht es mit Ihrem Ordnungssinn? Ordentlich, leger, chaotisch oder peinlich genau?
46. Wie ertragen Sie das Warten? Gibt es besondere Gewohnheiten? Nägelbeißen? Ruhelosigkeit oder?
47. Kamen/kommen irrationale Todes- oder Selbstmordgedanken bei Ihnen auf? Wenn ja, wann?
48. Welches ist Ihre bevorzugte Schlafstellung? Wie – Wo liegen Ihre Arme, Beine? Ihr Kopf hoch - tief?
49. Manche Menschen reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf; schrecken auf, nassen ein, sind unruhig, haben Angst, knirschen mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund, schlafwandeln. Wie ist es bei Ihnen? Beeinflusst Sie der Mond irgendwie?
50. Leiden Sie an nächtlichen Schlafstörungen? Wenn ja, welche Uhrzeit? Gibt es besondere Müdigkeitsphasen?
51. Gibt es bei Ihnen Träume, die sich wiederholen? Bitte beschreiben Sie mir bedeutende!
52. Kamen/kommen irrationale Vorstellungen, Selbsttäuschungen oder Wahnideen auf?
53. FÜR FRAUEN: In welchem Alter bekamen Sie Ihre Periode? Hatten Sie Schwangerschaften? Wie fühlen Sie sich vor, während oder nach der Periode körperlich oder seelisch? Ist der Zyklus regelmäßig? Die Dauer, Stärke, Abstand? Wie sieht die Blutung aus – klumpig, hell, dunkel, Geruch? Gibt es Auffälligkeiten z.B. Schmerzen?
54. Gibt es Besonderheiten im Sexualbereich? Bitte schildern Sie, wenn Sie etwas bedrückt!
55. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen oder Stuhlgang? Schmerz? Form? Häufigkeit?
56. Was ist Ihnen an Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt? Krankheiten wie – Tuberkulose, Rheuma, Krebs, Stoffwechselkrankheiten, Nervenleiden, Geschlechtskrankheiten oder?
57. Wie gestaltet sich Ihr Tagesablauf? Aktivitäten und Ruhephasen? Wann gehen Sie schlafen?
58. Haben Sie ein Hobby? Welche Lebensart bevorzugen Sie?
59. Nennen Sie bitte Ihre Körpergröße und Gewicht!
60. Gibt es andere Beschwerden, Störungen oder Nöte, die noch nicht zur Sprache kamen?
61. Bitte legen Sie ein möglichst typisches persönliches Foto bei und geben Sie mir die Antworten bitte spätestens 5 Tage vor dem Gespräch zurück!

Psalm 23.1 Der Herr ist mein Hirte,
mir wird nichts mangeln.

Dr. med. Wolfgang Cohrdes

Tel.: 04102 – 54007 * Fax: 04102 – 54030 * www.cohrdes.de * e-mail: info@cohrdes.de

Vereinsbank (BLZ: 200 300 00) Kto.Nr.: 37603753