

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
Facharzt Allgemeinmedizin FMH
Grossfeldstrasse 79
7320 Sargans (SG)



Patienten-Fragebogen Homöopathie

Vorname

Name

Geburtsdatum

Beruf

Telefon und Erreichbarkeit (Handy?)

Homöopathische Erstanalyse (Datum)

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
Facharzt Allgemeinmedizin FMH
Grossfeldstrasse 79
7320 Sargans (SG)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die Klassische Homöopathie ist ein eigenständiges Heilverfahren, bei dem für jeden Patienten aufgrund seiner individuellen Krankheitssymptomatik ein individuelles, möglichst genau passendes Arzneimittel ausgewählt wird. Für den Homöopathen sind der Name Ihrer Krankheit (Diagnose) und die typischen Beschwerden eher zweitrangig; vielmehr sucht er nach individuellen, auffallenden und charakteristischen Eigenschaften Ihrer Erkrankung resp. Ihrer Person.

Aus diesem Grund ist die *möglichst vollständige Erfassung* aller relevanten Aspekte Ihrer Krankheit sowie Ihrer Biographie und Ihrer Persönlichkeit entscheidend für den Erfolg der homöopathischen Behandlung. Ihre Angaben dienen dem Zweck, Ihr erstes Behandlungsgespräch möglichst effizient durchzuführen. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen möglichst vollständig aus. Nehmen Sie sich aber auch die *Freiheit*, einzelne Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, auszulassen und dieses Thema, wenn Sie möchten, im persönlichen Gespräch aufzugreifen. Sie sollten sich keinesfalls durch die Art und den Inhalt der Fragen bedrängt oder gekränkt fühlen.

Sämtliche von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der *ärztlichen Schweigepflicht*.

Folgende Aspekte sind bei der **Beschreibung Ihrer Beschwerden** u.a. wichtig:

- **Wo** treten Ihre Beschwerden auf? (Lokalisation, Ausstrahlung, Körperseite?)
- **Wie** empfinden Sie Ihre Beschwerden? Wie ist die Qualität / Art der Beschwerden (z.B. Schmerzqualität: schneidend, stechend, brennend etc.)? Gibt es Vergleiche, um die Beschwerden zu schildern (z.B. Schmerzen, *als ob* ein Nagel eingeschlagen wird)? Gibt es auffallende, absonderliche, für Sie eigenheitliche Empfindungen im Körper (z.B. Blähungen und Bewegungen wie etwas Lebendiges, wie ein Tier im Bauch)?
- **Wann** treten Ihre Beschwerden auf? Zu welchen Zeiten, in welchen Situationen, bei welchen Tätigkeiten? Wann das erste Mal? (Ursache?) Sind Beschwerden plötzlich verschwunden?
- **Wodurch** werden Ihre Beschwerden ausgelöst?
- **Was** bessert oder verschlechtert Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte, Bewegung etc.)?
- **Welche** begleitenden Beschwerden oder Auffälligkeiten bemerken Sie, wenn die Hauptbeschwerde auftritt (z.B. Augenflimmern oder Übelkeit bei / vor den Kopfschmerzen)?

Sollte der Platz irgendwo nicht ausreichen, notieren Sie bitte Ihre Beobachtungen auf ein gesondertes Blatt.

Bitte beobachten Sie in der nächsten Zeit Ihre **Träume**. Besonders die wiederkehrenden oder für Sie sehr eindrücklichen Träume sind wichtig. Bitte notieren Sie diese kurz (Situation, Handlung in groben Zügen, Folgen, Gefühle im und nach dem Traum?).

Bitte notieren Sie ebenfalls **Gedanken und Sorgen**, die Sie wiederholt, häufig und intensiv beschäftigen.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstkonsultation mit:

- Ärztliche Befunde und Krankenberichte (soweit vorhanden)
- Medikamente, die Sie zur Zeit oder regelmässig einnehmen
- Eine Auflistung früher eingenommener homöopathischer Medikamente
- Ihren Impfausweis
- Bei Kindern: das Vorsorgeuntersuchungs-Heft/den Mutterpass/den Impfausweis

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Welche begleitenden Beschwerden treten zusammen mit Ihren Hauptbeschwerden auf?	
Hauptbeschwerde	Begleiterscheinung/-beschwerde

Unfälle/Verletzungen, Kopfverletzungen, Operationen, seelische/körperliche Schocks		
Was? / Wie?	Wann?	Folgen?

Gibt es regelmässig wiederkehrende Erkrankungen? Sind Sie anfällig für bestimmte Krankheiten z.B. Erkältungen, Mittelohrentzündungen, Halsschmerzen oder Ähnliches?

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Umstände, die Ihre oben genannten Beschwerden auslösen, verschlechtern oder verbessern oder Ihr Allgemeinbefinden verschlechtern oder verbessern				
(1=schwach, 2=mittel, 3=stark)	Auslöser	Verschlechterung	Verbesserung	Beschwerde?
Kälte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Feuchte Kälte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nässe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nebel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Regen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Schnee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Wind (Bise? Föhnw.?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sturm, Gewitter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Hitze	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
(pralle) Sonne	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Wetterwechsel allg.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- warm zu kalt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- kalt zu warm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Aufenthalt am Meer	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Aufenthalt i. d. Bergen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Ofenwärme	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Bettwärme	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nasse Füsse	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kaltwerden (z.B.Füsse)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Stickige Räume	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Zugluft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Vollmond (vor/nach?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Neumond (vor/nach?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Jahreszeit (Welche?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Tageszeiten (Welche?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Hunger (Nüchternsein)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sattessen (Überessen)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Ruhe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Bewegung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sitzen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



(1=schwach, 2=mittel, 3=stark)	Auslöser	Verschlechterung	Verbesserung	Beschwerde?
Liegen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- auf dem Rücken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- auf der Seite (re./li.?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- auf dem Bauch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Anstrengung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Fahren (Auto, Zug)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
- im Schiff	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Hochgelegene Orte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Enge Kleidung (Wo?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sich waschen (Haut)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Licht	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Geräusche	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Musik	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Gerüche (welche?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Rauch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Druck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Berührung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Gähnen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Schlucken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Trinken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Aufstossen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Husten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sprechen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Lachen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Vor dem Wasserlösen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Während Wasserlösen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nach d. Wasserlösen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Vor dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Während Stuhlgang	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nach dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Bei Verstopfung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nach Windabgang	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



(1=schwach, 2=mittel, 3=stark)	Auslöser	Verschlechterung	Verbesserung	Beschwerde?
Lesen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Lernen / Studieren	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Vor einer Prüfung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Alleinsein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
In Gesellschaft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
In Menschenmenge	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
In engen Räumen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sorgen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Ärger	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Traurigkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nach Weinen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Trost, Mitgefühl	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Denken an Krankheit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Haben oder hatten Sie (früher / als Kind) Ängste oder Befürchtungen?		
Angst vor	<input type="checkbox"/> vor Tieren: Vor welchen?	
<input type="checkbox"/> Gewitter	<input type="checkbox"/> hochgelegenen Orten	<input type="checkbox"/> Gespenstern / Geistern
<input type="checkbox"/> Dunkelheit	<input type="checkbox"/> Menschenmengen	<input type="checkbox"/> Einbrechern / Räubern
<input type="checkbox"/> Alleinsein	<input type="checkbox"/> Sprechen in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> Prüfungen
<input type="checkbox"/> Krankheit (z.B. Krebs)	<input type="checkbox"/> Ansteckung	<input type="checkbox"/> Tod
Befürchtungen,	<input type="checkbox"/> den Verstand zu verlieren	<input type="checkbox"/> schwer zu erkranken
<input type="checkbox"/> zu verarmen	<input type="checkbox"/> dass ein Unglück geschieht	<input type="checkbox"/> bald sterben zu müssen

Haben oder hatten Sie (früher / als Kind) wiederkehrende Träume, z.B. von...		
<input type="checkbox"/> Tieren	<input type="checkbox"/> wilden Tieren	<input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Verfolgung	<input type="checkbox"/> Verstorbenen	<input type="checkbox"/> Feuer
<input type="checkbox"/> Krieg	<input type="checkbox"/> Leichen	<input type="checkbox"/> vergebliche Anstrengungen
<input type="checkbox"/> Fliegen	<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Fallen (von einer Höhe, in einen Abgrund)

Wie sehr können / könnten Sie folgende emotionalen Einflüsse belasten?				(1 = schwach, 2 = mittel, 3 = stark)	
Streit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Widerspruch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Ungerechtigkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Was macht sie wütend? (z.B. Widerspruch, Ungerechtigkeit, Betrug?) Wie reagieren Sie?

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (auch homöopathische und pflanzliche Arzneien und Vitamin-Pröp. angeben)	Grund der Einnahme	Haben Sie Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten bemerkt? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen?	Grund der Einnahme	Haben Sie Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten bemerkt? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Unverträglichkeiten oder Allergien gegen bestimmte Stoffe?	Wie äussern sich diese? Wann traten Sie das erste Mal auf?

Haben Sie Amalgamplomben oder Goldkronen? Wenn ja, wie viele ungefähr?	
<input type="checkbox"/> Amalgam:	<input type="checkbox"/> Gold:

Wurden Amalgam-Füllungen ersetzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wann?
Wurde dabei eine Quecksilberausleitung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wie?

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Ernährung und Genussmittel				
(1=schwach, 2=mittel, 3=stark)	Verlangen	Abneigung	Unverträglichkeit	Beschwerden?
bitter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
salzig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
süss	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
scharf gewürzt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Warmes Essen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kaltes Essen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Warmes Trinken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kaltes Trinken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Eiskaltes Trinken	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Ungekochtes / Rohes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Milch, warm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Milch, kalt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Milch, eiskalt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Glacé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Schokolade (welche?)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kuchen / Gebäck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Brot	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Obst / Früchte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Erfrischendes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Fleisch allgemein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Fettes Fleisch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Speck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Geräuchertes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Fisch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Muscheln / Austern	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Gemüse	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Bohnen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Zwiebeln	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Knoblauch	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Tomaten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kartoffeln	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



(1=schwach, 2=mittel, 3=stark)	Verlangen	Abneigung	Unverträglichkeit	Beschwerden?
Kaffee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Coca Cola	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Schwarzer Tee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sonstiger Tee	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Limonade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Kohlensäurehaltiges	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Saure Speisen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sauerkraut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Saure Getränke	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Essig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Bier	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Rotwein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Weisswein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Hochprozent. Alkohol	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Sonstiges:				
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Wie ist Ihr Appetit? Sind Sie zu bestimmten Zeiten besonders hungrig? (Heisshunger?)	
Wie ist Ihr Durst? Haben Sie zu bestimmten Zeiten besonders Durst? (Auf was?)	
Wieviel trinken Sie? Was vor allem?	
Wieviel Alkohol trinken Sie?	
Wieviel Kaffee trinken Sie?	
Was und wieviel rauchen Sie?	
Wie vertragen Sie es, längere Zeit nüchtern zu sein? (Beschwerden? Stimmung?)	
Wie fühlen Sie sich <i>nach</i> dem Essen? (Beschwerden? Sofort? Wieviel später?)	
Haben Sie zeitweise oder ständig einen veränderten Geschmack im Mund? Welchen?	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Sollte Ihnen beim Durchlesen der folgenden Stichworte spontan eine Beschwerde oder Auffälligkeit einfallen, notieren Sie diese bitte oder machen ein Kreuzchen davor. Im Gespräch können wir dann gerne detaillierter darauf eingehen.

Stichwort	Beschwerden / Auffälliges
Gewicht kg	
Grösse cm	
Kreislauffunktion:	<input type="checkbox"/> Blutdruck zu hoch / niedrig <input type="checkbox"/> Puls zu schnell / langsam
Temperaturregulation:	<input type="checkbox"/> friere leicht <input type="checkbox"/> habe schnell zu heiss <input type="checkbox"/> ausgewogen
Schlaf:	Qualität: Dauer von bis Uhr; Stunden
Bevorzugte Schlaflage / -stellung:	
<input type="checkbox"/> Einschlafen spät / gestört	
<input type="checkbox"/> nächtliches Erwachen	
<input type="checkbox"/> Erwachen zu früh	
<input type="checkbox"/> Alpträume	
Nervensystem:	
<input type="checkbox"/> Schwindel (Wie? Wann? Wo?)	
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	
<input type="checkbox"/> Höhenschwindel	
<input type="checkbox"/> Reise-/Seekrankheit	
<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen, Lähmungen	
<input type="checkbox"/> Gedächtnis	
<input type="checkbox"/> Konzentration	
Kopf:	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen (Wo? Wie? Wann?)	
<input type="checkbox"/> Haut, Haare	
<input type="checkbox"/> Schweiss	
Sinnesorgane:	
<input type="checkbox"/> Augen / Sehen	
<input type="checkbox"/> Nase / Riechen	
<input type="checkbox"/> Ohren / Hören (Tinnitus?)	
Gesicht:	
<input type="checkbox"/> Mund (Trockenheit/Speichelfluss?)	
<input type="checkbox"/> Zunge (Belag?)	
<input type="checkbox"/> Zähne / Zahnfleisch	
<input type="checkbox"/> Lippen (Risse?)	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Stichwort	Beschwerden / Auffälliges
Hals:	
<input type="checkbox"/> Rachen / innerer Hals	
<input type="checkbox"/> Kehlkopf / Luftröhre	
<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	
<input type="checkbox"/> äusserer Hals / Lymphknoten	
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	
Brust:	
<input type="checkbox"/> Herz (Rhythmus, Schmerzen?)	
<input type="checkbox"/> Atemwege / Lunge	
<input type="checkbox"/> äussere Brust	
Rücken	
<input type="checkbox"/> Schmerzen (Wie? Wann? Wo?)	
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall o.ä.	
Extremitäten:	
<input type="checkbox"/> Arme / Hände / Finger	
<input type="checkbox"/> Beine / Füsse / Zehen	
Magen:	
<input type="checkbox"/> Aufstossen, Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Appetit	
Bauch:	
<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Unterleib	
Stuhlgang:	
<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Verstopfung	
<input type="checkbox"/> Beschaffenheit	
<input type="checkbox"/> Geruch	
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	
Harnorgane:	
<input type="checkbox"/> Nierenschmerzen	
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	
<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Urinieren	
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Wann?)	
<input type="checkbox"/> Urin (Farbe, Geruch)	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Stichwort	Beschwerden / Auffälliges	
Menstruation:		
<input type="checkbox"/> Zyklus (Dauer, Regelmässigkeit?)		
<input type="checkbox"/> Blutung (Stärke, Art, Dauer?)		
<input type="checkbox"/> Beschwerden (vor, während, nach?)		
<input type="checkbox"/> Stimmung (vor, während, nach?)		
<input type="checkbox"/> Ausfluss (vor, während, nach?)		
Haut:		
<input type="checkbox"/> Ausschläge		
<input type="checkbox"/> Beschaffenheit (trocken / feucht?)		
<input type="checkbox"/> Narben		
<input type="checkbox"/> Wundheilung		
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung / Blutergüsse		
<input type="checkbox"/> Muttermale / Nävi		
<input type="checkbox"/> Warzen		
<input type="checkbox"/> Haare		
<input type="checkbox"/> Nägel (brüchig? Flecken?)		
Schweiss:		
<input type="checkbox"/> Geruch		
<input type="checkbox"/> Farbe (Wäsche färbend?)		
<input type="checkbox"/> Stärke		
<input type="checkbox"/> Orte / Zeiten (wann, wo?)		
Fieber:		
<input type="checkbox"/> Hitze (wann, wo, wie?)		
<input type="checkbox"/> Frost (wann, wo, wie?)		
<input type="checkbox"/> Schwitzen (wann, wo, wie?)		
<input type="checkbox"/> begleitende Beschwerden		
Impfungen: (Reaktionen?)	<input type="checkbox"/> FSME	
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
<input type="checkbox"/> Diphtherie / Tetanus (DTP)	<input type="checkbox"/> Gelbfieber	
<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Pocken	
<input type="checkbox"/> Pertussis / Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Tbc	

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Stichwort	Bemerkungen
Gemüt (Psyche):	Bitte geben Sie eine Selbsteinschätzung Ihrer Persönlichkeit
<input type="checkbox"/> reizbar	
<input type="checkbox"/> ungeduldig	
<input type="checkbox"/> gewissenhaft	
<input type="checkbox"/> ordentlich	
<input type="checkbox"/> pedantisch	
<input type="checkbox"/> besorgt	
<input type="checkbox"/> ängstlich	
<input type="checkbox"/> verträumt	
<input type="checkbox"/> optimistisch	
<input type="checkbox"/> offen / zugewandt	
<input type="checkbox"/> ungern allein	
<input type="checkbox"/> lieber allein	
<input type="checkbox"/> unentschlossen	
<input type="checkbox"/> wechselhaft	
<input type="checkbox"/> eifersüchtig	
<input type="checkbox"/> leicht kränkbar	
<input type="checkbox"/> selbstsicher	
<input type="checkbox"/> zweifelnd	
<input type="checkbox"/> religiös	

Besonderheiten während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war? (Bei Frauen auch: Schwangerschaft mit den eigenen Kindern)

Neben Ihren eigenen Beschwerden sind für eine tiefgreifende homöopathische Behandlung auch die Erkrankungen und Beschwerden in Ihrer Familie von Bedeutung. Deshalb erbitte ich eine kurze Auflistung. Bitte geben Sie (wenn möglich) Name und Geburtsjahr des Familienmitglieds an. Bitte vermerken Sie hinter bereits verstorbenen Familienmitgliedern ein Kreuz (†) mit dem Todesjahr. Bitte geben Sie mit einem Sternchen (*) an, welchem Familienmitglied (oder mehreren) Sie (körperlich und/oder seelisch) am ähnlichsten sind.

Homöopathie – PATIENTENFRAGEBOGEN

Matthias Dahmen
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Grossfeldstrasse 79
 7320 Sargans (SG)



Krankheiten in der mütterlichen Linie	
Mutter	
Tanten / Onkel	
Grossvater	
Grossmutter	
Krankheiten in der väterlichen Linie	
Vater	
Tanten / Onkel	
Grossvater	
Grossmutter	

Geschwister und deren Krankheiten

Eigene Kinder und deren Krankheiten

Welchem Familienmitglied sind Sie am Ähnlichsten	
körperlich / äusserlich	
seelisch / geistig	