

Fragebogen - chronisch

1) Beschwerden

Spontanbericht (reden lassen, in Ruhe zuhören!)

Welches Problem, welche Störung führt Sie in die Behandlung?

Gelenkter Bericht

Wie lange leiden Sie daran?

Wo sind die Beschwerden lokalisiert? Wohin erstrecken sie sich?

Welcher Art sind die Beschwerden (brennend, klopfend, stechend, etc.)?

Welche Gründe oder Ursachen vermuten Sie dafür? Wodurch verbessern oder verschlimmern sich Ihre Beschwerden (Ruhe-Bewegung, Wärme-Kälte, Lage, Essen, Schlafen, etc.)? Anderweitige Veränderungen seit Beginn der Beschwerden (Appetit, Psyche)? Was wurde bisher dagegen unternommen?

2) Krankengeschichte

Kinderkrankheiten

Unfälle

Impfungen

Allergien

Medikamente

3) Krankengeschichte der Eltern, Großeltern etc.

Todesart und -alter

Krebs

TBC

Psychische Erkrankungen

Diabetes

Rheuma, etc.

Geschlechtskrankheiten

4) Nahrungsmittelmodalitäten

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht und warum nicht?

Wie ist Ihr Hunger und Appetit, wie essen Sie (hastig, langsam, warm, kalt, viel, wenig, etc.)?

Welche Menge an Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich?

Was trinken Sie?

Für welche Nahrungsmittel haben Sie eine besondere Vorliebe/Abneigung (insbesondere Fleisch, Fett, Fisch, Brot, Süßigkeiten, Salz, Eier, Milch, Obst, Geräuchertes, Scharfes, Saures, Essig)?

Wieviel rauchen Sie am Tag? Alkohol?

Wie fühlen Sie sich vor, während und nach den Mahlzeiten?

5) Rektum

Wie oft und wann haben Sie Stuhlgang?

Wie ist die Konsistenz und die Farbe des Stuhles?

Welche Beimengungen befinden sich im oder auf dem Stuhl?

Welche Beschwerden haben Sie vor, während oder nach dem Stuhlgang?

6) Menses

Wann bekamen Sie Ihre erste Periode (Menarche)?

In welchem zeitlichen Abstand bekommen Sie Ihre Regel?

Wie lange dauert die Blutung?

Welche Menge, Farbe und Geruch hat das Blut?

Welche Beschwerden treten vor, während oder nach der Periode auf?

Wie fühlen Sie sich stimmungsmäßig vor, während oder nach der

Periode? Welche Konsistenz, Farbe, Geruch, Menge, hat evt.

vorhandener Ausfluß? Nehmen Sie die Pille? Ggfs.: Wie verhüten Sie

sonst? (Die Mensessymptome von Frauen, die die Pille nehmen, dürfen für die Wahl des Mittels nicht herangezogen werden!)

7) Sexualität

Wie erleben Sie Ihre Sexualität?

Welche Beschwerden haben Sie in diesem Zusammenhang?

8) Allgemeine Temperaturbefindlichkeit

Manche Menschen frieren immer und fühlen sich kalt, andere fühlen sich zu warm und haben zu viel Hitze. Zu welcher Gruppe gehören Sie?

Vertragen Sie besser Kälte oder Wärme?

Wie steht es um Ihr Bedürfnis nach körperlicher Anstrengung und Bewegung?

9) Klima

Welches Klima bekommt Ihnen besonders gut?

Welches Klima bekommt Ihnen überhaupt nicht?

Wie fühlen Sie sich an der See?

Wie fühlen Sie sich bei Gewitter?

Wie reagieren Sie auf den Mond?

Wie reagieren Sie auf Wind?

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie in der Sonne liegen?

Wie dringend brauchen Sie frische Luft?

In welcher Beziehung stehen diese Dispositionen zu Ihren Beschwerden?

10) Zeitliche Dimension

Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich gut?

Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich schlecht?

Wie fühlen Sie sich dann (traurig, reizbar, niedergeschlagen, bedrückt, etc.)?

Welche Zusammenhänge bestehen mit den Körperfunktionen?

11) Schlaf

Zu welcher Zeit schlafen Sie ein, wachen Sie auf, sind Sie müde?

Was tun Sie, wenn Sie nachts erwachen (zur Toilette gehen, etwas essen oder trinken, umdrehen und weiterschlafen, etc.)?

Mit welchen Gewohnheiten haben Sie im Schlaf zu tun (schnarchen, sprechen, Zähneknirschen, Kieferzusammenbeißen, Schlafwandeln, etc.)?

In welcher Lage schlafen Sie?

Erzählen Sie bitte etwas über Ihre Träume:

Welche Themen wiederholen sich in Ihrem Träumen?

Welche Träume haben Sie in Ihrem Leben besonders beeindruckt?

12) Haut

Beschaffenheit der Haut?

Hautausschläge?

Besonderheiten (Warzen, Muttermale, etc.)?

Hatten Sie früher Hautprobleme?

13) Sinnensorgane

Bitte erzählen Sie mir alles bezüglich Über- oder Unterfunktion Ihrer Sinnesorgane, z.B. starke Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Geräuschen, Gerüchen, Farben, Geschmäckern oder im Gegenteil Mangel an Empfindungsvermögen der Augen, Ohren, Nase, Mund.

Bitte zeigen Sie mir Ihre Zunge!

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie einen Schal, Rollkragen oder Krawatte tragen?

Wie vertragen Sie Wasser, heiße oder kalte Bäder?

14) Gemüt

Welche charakteristischen Eigenschaften schreiben Sie sich zu (Ordnungsliebe, Mitgefühl, Sparsamkeit, Verschwendung, Eifersucht, Starrsinn, Ungeduld,)

Wie steht es um Ihre geistigen Fähigkeiten (Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration, etc.)?

Wie ist Ihr Temperament (sanft, sentimental, zum Zorn geneigt, zum Weinen geneigt, schwermütig, unzugänglich, traurig, heftig, ungestüm)

Was trifft Ihre Empfindlichkeit am meisten und wie reagieren Sie darauf (Kritik, Widerspruch, Musik, etc.)?

Was macht Sie zornig?

Bei welchen Gelegenheiten weinen Sie? Wie fühlen Sie sich dabei? Wie wollen Sie getröstet werden (gestreichelt, in den Arm genommen, eine Aussprache, etc.)?

Welches war der größte Kummer Ihres Lebens? Wie wurde er verarbeitet? Beschwerden seit dieser Zeit?

Welche Angst, welche Furcht kennen Sie (Alleinsein, Dunkelheit, Gewitter, bestimmte Krankheiten, Zukunft, Tiere, dass etwas passiert, vor dem Sterben, Unglück, um andere Menschen, in einer Menschenmenge, in engen Räumen, an hochgelegenen Orten, etc.)?

An welche vergangenen unangenehmen Erlebnisse erinnern Sie sich?

Wie lange hatten Sie damit zu tun?

Was für ein Verhältnis haben Sie zum Tod? Haben Sie schon einmal mit dem Gedanken gespielt, Ihr Leben zu beenden?

In welchen Situationen haben Sie mit Schwermut zu tun? Wie geht es Ihnen dabei? In welcher persönlichen Situation befanden Sie sich, als Ihre Beschwerden begannen?

Was für wiederkehrende Phantasien und Einbildungen haben Sie? In welchen Situationen treten diese auf?

Wie steht es um Ihr Bedürfnis nach Gesellschaft oder Alleinsein?

In welchen Situationen oder bei welchen Gelegenheiten neigen Sie zu Selbstvorwürfen oder Gewissensbissen?

Erzählen Sie mir etwas über Ihre Kindheit!

15) Absonderungen allgemein

Zu welchen Zeiten, in welchen Situationen und an welchen Körperpartien schwitzen Sie?

Wie ist Konsistenz, Farbe und Geruch des Schweißes?

Wie sind die Absonderungen aus Ohren, Nase, Augen?

Wie stark bluten Wunden?

Wie schnell heilen Verletzungen?

16) Eigene Beobachtungen/Eindrücke

Wie ist die körperliche Verfassung des Patienten?

Psychisch, geistig?

Besonderheiten etc.?