

Homöopathie  
DDr. Herta Hiebaum  
Ärztin für Allgemeinmedizin und Klassische Homöopathie  
Andritzer Reichsstraße 124, 8046 Graz  
Tel.: 0316/693345  
[ordination@hertahiebaum.at](mailto:ordination@hertahiebaum.at)  
[www.hertahiebaum.at](http://www.hertahiebaum.at)

## Fragebogen zur Vorbereitung auf das homöopathische Erstgespräch

*Welche Beschwerden führen Sie zu mir?*

*Wann sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?*

*Können Sie sich eine auslösende Ursache für Ihre Beschwerden/die Beschwerden Ihres Kindes erklären?*

Familiärer oder beruflicher Stress, Kränkung, Beleidigung, Enttäuschung, Ärger, Kummer (Tod eines geliebten Menschen oder Tieres, Liebeskummer...), körperliche oder geistige Erschöpfung, Schlafmangel, Durchnässung, Erkältung, Zugluft, Medikamenteneinnahme, Unfall, Operation, Schreck, Schock, Impfung, Schwangerschaft, Geburt, Geburt eines Geschwisterkindes...

*Wie sind Ihre Beschwerden?*

- Wie ist die Art der Schmerzen: beißend, brennend, berstend, bohrend, drückend (einwärts, auswärts), einklemmend, hämmernd, klopfend/pochend, krampfartig, quetschend, reißend, schneidend, sich wund anführend, spannend, stechend, wie eingeschraubt, wie verrenkt, wie verstaucht, wie zerbrochen, wie zerschlagen, wühlend, zermalmend, zerrend, zerspringend, ziehend...
- Wo genau haben Sie Ihre Schmerzen/Beschwerden? Sind die Beschwerden immer auf derselben Seite (rechts/links) oder diagonal (rechts oben/links unten)?
- Strahlen Ihre Schmerzen aus?
- Wann genau treten die Schmerzen/Beschwerden auf? → morgens (nach dem Erwachen, nach dem Aufstehen), vormittags, mittags, nachmittags, abends, nachts (nach dem Hinlegen, vor/nach Mitternacht, Beschwerden lassen aus dem Schlaf erwachen), nur tagsüber, nur nachts, immer zu einer bestimmten Uhrzeit (z.B. immer gegen 4:00Uhr früh) oder in einer bestimmten Zeitperiode (z.B. immer zw. 16.00-20:00 Uhr)...
- Was verbessert bzw. verschlechtert die Schmerzen/Beschwerden?
  - Wetter/Temperatur/sonstige Einflüsse: trockenes/feuchtes/schwüles Wetter, Wetterwechsel, Gewitter, Wind, Zugluft, Fön, kalte/frische Luft, Nässe, Sonne, Kälte (kalte Anwendungen, Baden, Entblößen, kalte Getränke oder Speisen), Wärme (warme Anwendungen, Bettwärme, Baden, Einhüllen, Sauna, warme Getränke oder Speisen), im Freien, im Zimmer, bei jedem Wechsel von drinnen nach draußen oder umgekehrt...
  - Sonstiges: körperliche oder geistige Anstrengung, Bewegung, Ruhe, Hinlegen, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Stehen, Gehen, Bücken, Aufrichten, Strecken, Schaukeln, Fahren, Erschütterung, Reiben, Berührung, Kleiderdruck, Schlaf, Aufstoßen, Einatmen,

Ausatmen, Schlucken, Essen, Trinken (kalt/warm), Schweißabsonderung, Blähungsabgang, Denken an die Beschwerden, Musik, Trost, Weinen, Ärger, Alleinsein, Gesellschaft...

- Gibt es Begleitbeschwerden, die gleichzeitig mit Ihrer Beschwerde auftreten? Z.B. Kopfweg mit Übelkeit, Kopfweg mit Schwindel, Ängstlichkeit mit Schweiß...

*Welche Eigenschaften treffen auf Sie zu?*

Selbstbewusst, durchsetzungsfähig, streitbar, reizbar, nervös, unsicher, schüchtern, nachgiebig, leicht zu beeindrucken, gleichgültig, ruhig, gelassen, geduldig, ausdauernd, ungeduldig, ruhelos, ständig auf der Achse, offen, neugierig, gern in Gesellschaft, zurückgezogen, fröhlich, traurig, ordentlich, pingelig, unordentlich, mitfühlend, eifersüchtig, leicht beleidigt, nachtragend, misstrauisch, ängstlich, schreckhaft, mutig, ...

*Wie gehen Sie um mit?*

Ärger, Ängsten, Kummer, Ungerechtigkeiten, Kränkungen, Zorn, Trost, Tadel, Bevormundung, Zurückweisung, Widerspruch...

*Gibt es im Moment in Ihrem Leben belastende Situationen?*

Beziehungsprobleme, familiäre, berufliche Probleme, Streit...

*Haben Sie Ängste/Phobien?*

In der Höhe, auf weiten Plätzen, in Menschenansammlungen, in engen Räumen, im Tunnel, vor Tieren, vor Prüfungen, vor dem Alleinsein, vor Einbrechern, vor Krankheiten, vor dem Tod, vor dem Gerede anderer, vor Armut, vor Gewitter...

*Hatten Sie schon einmal Panikattacken?*

*Wie ist Ihre Konzentration, Ihr Gedächtnis? Sind Sie zerstreut? Haben oder hatten Sie eine Lese/Rechenschwäche?*

*Hatten Sie schon einmal Selbstmordgedanken oder einen Selbstmordversuch hinter sich?*

*Haben oder hatten Sie schon einmal Zwangsvorstellungen (Kontrollzwang, Waschzwang...), Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Einbildungen?*

*Verstand/Gedächtnis?*

Begreifen sie leicht? Haben Sie eine Lese oder Rechenschwäche? Wie ist Ihre Konzentration? Wie ist Ihr Gedächtnis?

*Wie ist Ihr Schlaf?*

Haben Sie Probleme mit dem Einschlafen oder erwachen sie aus dem Schlaf? Geschieht dies zu einer bestimmten Uhrzeit? Wie ist Ihre Schlaflage (Bauch, Rücken, seitlich, Knie-Ellenbogenlage) und wechseln Sie diese häufig? Gibt es eine Position, in welcher Sie nicht schlafen können? Sind Sie bis

oben hin zugedeckt oder decken Sie sich gerne ab? Schauen Ihre Füße aus der Decke? Haben sie Speichelfluss nachts, knirschen Sie mit den Zähnen, schwitzen Sie, reden Sie im Schlaf? Schlafwandeln Sie? Haben Sie nachts im Schlafzimmer das Fenster geöffnet, auch in der kalten Jahreszeit?

*Gibt es auffallende oder wiederkehrende Träume? Leiden Sie unter Alpträumen?*

*Reagieren Sie auf etwas empfindlich?*

Lärm, Geruch, Licht, Kleiderdruck (Schal, Gürtel, enge Kleidung wird nicht vertragen)

*Frieren Sie schnell? Neigen Sie zu kalten Füßen oder Händen? Oder sind Sie eher hitzig? Bestehen Hitzewallungen?*

*Wie schwitzen Sie?*

Wie ist der Geruch? Schwitzen Sie am ganzen Körper oder speziell an bestimmten Körperstellen (Hände, Füße, Brust...)? Haben Sie Ihren Schweiß jemals durch spezielle Medikamente/Botox, Puder oder ähnlichem unterdrückt? Schwitzen Sie in der Nacht? Ist ihr Schweiß färbend oder Ränder machend?

*Haben Sie Schwindel? Sind Sie schon einmal in Ohnmacht gefallen?*

*Gibt es spezielle Verlangen/Abneigungen?*

Nach frischer Luft, nach Bewegung, bestimmten Nahrungsmitteln (süß, sauer, salzig, pikant, scharf, bitter)

*Bestehen Unverträglichkeiten?*

*Wie ist Ihr Appetit/Durst? Haben Sie Hunger zu bestimmten Uhrzeiten? Haben Sie Heißhunger oder leiden Sie an Appetitmangel?*

*Wie ist die Verdauung? Ist ihr Bauch oft aufgetrieben oder neigen Sie zu Blähungen? Leiden Sie unter Verstopfung/Durchfall?*

*Gibt es sexuelle Probleme?*

*Welche Krankheiten/Verletzungen/Unfälle und Operationen haben Sie schon gehabt? Wie haben Sie auf Impfungen reagiert?*

*Gibt es schwerwiegende Erkrankungen in Ihrer Familie?*

Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Asthma, Autoimmunerkrankungen, Geisteskrankheiten...

*Frauen:*

Wie ist Ihre Regelblutung: regelmäßig/unregelmäßig, stark/schwach, klumpig, hell/dunkel, zu früh/zu spät; wann war die erste Regel, Begleitbeschwerden zur Regel (Stimmungsschwankungen, Brustspannen, geschwollene Beine...) vor/während/nach der Regel? Haben Sie Kinder? Wie waren die Schwangerschaften, wie die Geburten? Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? Mit welchem Alter sind Sie in den Wechsel gekommen? Hatten Sie Wechselbeschwerden?

*Kinder:*

Wie war die Schwangerschaft, wie die Geburt? Hat es Probleme beim Stillen gegeben? Wie war die Zahnung? Litt Ihr Kind unter Blähungskoliken? Wie verlief die Entwicklung (Gehen-, Sprechen,...)? Litt ihr Kind sehr unter der Geburt eines Geschwisterkindes? Wie hat es Impfungen vertragen?

*Zum Schluss gehen Sie bitte noch einmal alle Körperregionen durch, um nichts zu vergessen:*

Kopf, Haare, Augen, Nase und Nasennebenhöhlen, Ohren, Mund, Lippen, Zunge, Zähne, Hals, Schilddrüse, Brust, Lunge, Atmung, Herz, Magen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Bauch, Stuhlgang, Niere, Blase, Harnlassen, weibliche/männliche Geschlechtsorgane, Prostata, After, Haut, Nägel, Rücken, Wirbelsäule, Arme, Beine, Gelenke.