

Hansjörg Heé Fragebogen

Reading excerpt

[Fragebogen](#)

of [Hansjörg Heé](#)

Publisher: Hee Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b4317>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



Hinweise zur homöopathischen Behandlung

Die folgenden Fragen sind als Hilfe gedacht, um das geeignete homöopathische Mittel finden zu können. Da es in der Homöopathie darum geht, möglichst individuelle Eigenheiten und Reaktionen kennenzulernen, haben viele Fragen keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der momentanen Krankheit. Es geht bei den zum Teil persönlichen Fragen nicht um irgendeine Wertung, sondern um die möglichste Angleichung des Mittels an Ihr Kranksein. Auch scheinbar unwesentliche, gar nicht mit der Hauptbeschwerde in direkter Beziehung stehende Symptome (Zeichen) können für die Mittelwahl ausschlaggebend sein.

Nehmen Sie sich die Freiheit, nur die Fragen zu beantworten, zu denen Sie sich äussern möchten und können. Sie haben selbstverständlich auch die Möglichkeit, gewisse Themenbereiche im persönlichen Gespräch aufzugreifen. Ich bitte Sie, diese Fragen wohlwollend entgegenzunehmen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht.

Beschreibung der Beschwerden

«Ich habe Kopfschmerzen, leide an Ekzem, Husten...»

Diese Angaben genügen, wie gesagt, nicht, um ein homöopathisches Mittel zu verschreiben.

Eine exakte Beschreibung könnte folgendermassen lauten:

«Ich habe Kopfweh mit scharfstechenden Schmerzen auf der linken Seite des Kopfes. Diese Schmerzen entstehen jedesmal bei kaltem Luftzug. Sie nehmen ab, wenn ich mich hinlege und den Kopf warm einhülle und verstärken sich, wenn ich in kalter Luft umhergehe.»

oder:

«Ich kann abends nicht einschlafen, liege eine Stunde wach, kann die Gedanken nicht abschalten, erwache dann um 3 Uhr und liege wach bis 5 Uhr. Am Morgen bin ich unausgeruhter als am Abend vor dem Schlafen.»

Folgende Anhaltspunkte sollen Ihnen bei der Beschreibung Ihrer Beschwerden helfen

Wo treten die Beschwerden auf?

Lokalisation, Ausstrahlung?

Wie empfinden Sie die Beschwerden?

z.B. Schmerz ist schneidend, brennend, stechend; drückend, reissend usw.

Wann treten Ihre Beschwerden auf, wodurch werden sie ausgelöst?

z.B. im Liegen, nach Ärger, bei Vollmond, nach dem Schlafen, usw.

Was bessert oder verschlechtert die Beschwerden?

z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Tag, Nacht, Essen usw.

Gibt es Auffälligkeiten, die gleichzeitig mit den Hauptbeschwerden auftreten?

3

Frühere Erkrankungen und Behandlungen (Übersicht)

Kreuzen Sie
Zutreffendes
bitte an

| Operationen | Kopf und Nervensystem | Magen Darm |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Chronische Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Krämpfe / Epilepsie | <input type="checkbox"/> Chronischer Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Brüche | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelvergiftung |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Star: grauer, grüner | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Vollnarkose | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Lokale Anästhesie | <input type="checkbox"/> Rückenmarkspunktion | <input type="checkbox"/> Würmer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Blutkreislauf | Geschlechtskrankheiten | Harnwege |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Blasenkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Herpes genitalis | <input type="checkbox"/> Prostata |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Lungen | Haut | Gemüt |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Kummer |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Enttäuschungen |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ohren | Augen | Nase |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Nasenbluten |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Schielen | <input type="checkbox"/> Polypen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Mund, Rachenbereich | Allergie |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Schlechte Zähne | <input type="checkbox"/> Medikamente |

Bemerkungen

.....

.....

.....



Appetit und Durst

Bitte kreuzen Sie Ihre besonders auffälligen Verlangen, Abneigungen oder Unverträglichkeiten an, unabhängig davon, ob diese als gesund oder ungesund gelten. **1 = schwach 2 = mittel 3 = stark**

| | Verlangen | Abneigung | Unverträglichkeit | Wie äussert sich diese? |
|------------------------|--|--|--|-------------------------|
| 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 | |
| stark 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 | |
| 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 | |
| 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 | <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 | |
| roh, ungekocht | <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 | |
| 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 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 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| Butter | <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 | |
| Käse | <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 | |
| Fett | <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 | |
| Eier | <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 | | | | |
| 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 | |
| Würste | <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 | |
| Kalb | <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 | |
| Schwein | <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 | |
| Lamm | <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 | |
| Meeresfrüchte | <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 | |
| 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 | |
| | <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 | |
| Früchte | | | | |
| saure, unreife 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 | |
| Erdbeeren | <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 | |
| | <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 | |

Fragebogen

für
die
homöopathische
Behandlung

Hansjörg Heé

[Fragebogen](#)

für die homöopathische Behandlung

28 pages, booklet



order

More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life www.narayana-verlag.com