

# Joachim-F. Grätz

## Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung

Reading excerpt

[Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung](#)  
of [Joachim-F. Grätz](#)

Publisher: Tisani Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b3845>

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](mailto:info@narayana-verlag.com)

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



## ***/. Ihr Leben***

*Angaben bitte so genau wie möglich, auch mit Zeitangaben (z. B. wann?). Frühere Leiden und Erkrankungen sind ebenfalls von großem Interesse.*

### ***1. Krankengeschichte***

1.1 Chronologische Kurzfassung (Fortsetzung ggf. S. 31)

1.2 Welche deutlichen Beschwerden bestehen? Welcher Art sind sie?

1.3 Wodurch wurden/werden Ihre Beschwerden ausgelöst? Gibt es eine Ursache?

1.4 Was hat sich sonst noch verändert seit Ihrer Krankheit?

1.5 Was verbessert / verschlechtert Ihre Beschwerden?

1.6 Wann / seit wann / wie oft haben Sie Ihre Beschwerden?

1.7 Gibt es Begleiterscheinungen, die immer mit Ihren Beschwerden auftreten? - Bitte genau beschreiben.

### ***2. Neigung zu bestimmten Erkrankungen***

2.1 Besteht/bestand früher (evtl. als Kind) eine Neigung zu Mittelohrentzündung / Mandelentzündung / Stirn- bzw. Nebenhöhlenentzündung / Bronchitis / Lungenentzündung / Rippenfellentzündung / Krupp bzw. Pseudokrupp / Erkältungskrankheiten / sonstigen (fiebrigen) Infekten / Kopfschmerzen / Migräne /

- Magen-Darm-Infektionen / Abszessen / Fisteln / Bluthochdruck / zu niedrigem Blutdruck / Anämie / Leukämie?
- 2.2 Krampfneigung? / Epilepsie?
  - 2.3 Besteht ein nervöses oder zwanghaftes Zucken (z. B. Augen, Mundwinkel usw.) / eine sich häufig wiederholende Bewegung?
  - 2.4 Haben Sie schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt? - Nach der Geburt / nach einem Unfall / Fieberkrämpfe / bei bestimmten Ängsten /etc.?
  - 2.5 Treten/traten die Krämpfe nur einseitig auf? - Rechts / links / ganzer Körper?
  - 2.6 Wann treten/traten sie auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitze- oder Froststadium) / helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / beim Anblick oder Rauschen von Wasser / beim Anblick von glitzernden Gegenständen / seit Geburt / periodisch / bei Vollmond / seit einer Operation oder Hirnschädigung?
  - 2.7 Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? - Gibt es Nahrungsmittelzusammenhänge wie Milch / Erdbeeren / etc.?
  - 2.8 Neigung zu Magen-/Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Brechdurchfall / Verstopfung?
  - 2.9 Neigung zu Schwindel? - Wann besonders? / Was bessert? / Was verschlechtert? / Von wo geht der Schwindel aus, wo ist er hauptsächlich lokalisiert? / Wie läßt sich Ihr Schwindel beschreiben? / Gibt es Begleiterscheinungen?
  - 2.10 Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? Vermuten Sie eine bestimmte Ursache? / Wie wurde behandelt?
  - 2.11 Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

### 3. *Allgemeines*

- 3.1 Klatschen Sie bitte einmal ganz spontan in Ihre Hände (wie beim Applaudieren im Theater). Welche Hand liegt oben und ist die schlagende?
- 3.2 Sind Sie Rechts- / (umgeschulter) Linkshänder / mit beiden Händen gleich geschickt (ambidexter) / weder noch, d. h. keine Hand fühlt sich richtig an (pseudo-ambidexter)?
- 3.3 Fühlen Sie sich zu schlank? - Trotz guten Appetits? - An welchen Stellen besonders (z. B. Hals, Beine etc.)?
- 3.4 Fühlen Sie sich zu stabil, gar zu gewichtig? An welchen Körperregionen besonders?
- 3.5 Frieren Sie sehr leicht oder sind Sie ein ausgesprochen warmer Typ?
- 3.6 Wie vertragen Sie Hitze / Kälte?
- 3.7 Leiden Sie unter Hitzewallungen (u.U. durch die Wechseljahre bedingt)?
- 3.8 Wie ist Ihr Verhältnis zu frischer Luft? - Auffallend lufthungrig, sogar bekannt als Frischluftfanatiker / Abneigung gegen frische Luft?
- 3.9 Gab es schon einmal Ohnmächten oder ähnliche Erscheinungen? - Bei welchen Gelegenheiten?

#### **4. *Witterungs- und Mondeinflüsse***

- 4.1 Welches Wetter lieben Sie besonders? Welches überhaupt nicht? - Hat Sonne, Regen, feuchtes Wetter einen Einfluss auf Ihr Wohlbefinden?
- 4.2 Sind Sie anfällig für Zugluft / Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei bzw. vor Gewitter / bei bzw. vor Sturm / Wetterwechsel / Kälte / naßkaltes Wetter / Hitze / Föhn / Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmenden Mond?
- 4.3 Wie reagieren Sie auf Temperaturextreme / Temperaturwechsel?
- 4.4 Wie geht es Ihnen am Meer / im Gebirge?
- 4.5 Wie vertragen Sie den Aufenthalt in feuchten Gegenden?
- 4.6 Was gibt es sonst noch für Einflüsse?

#### **5. *Zeiten***

- 5.1 Welche Jahreszeit lieben Sie ganz besonders? Wann fühlen Sie sich deutlich schlechter?
- 5.2 Zu welcher Zeit sind Ihre Beschwerden/Schmerzen am intensivsten? - morgens / nach dem Schlaf / vor mittags / mittags / nachmittags / abends / nachts / vor oder nach Mitternacht / eindeutig zu einer ganz bestimmten Uhrzeit? - Wann?

#### **6. *Schlaf***

- 6.1 Wie ist Ihr Schlaf? - unauffällig / tief / sehr leicht / unruhig / verspätetes Einschlafen / zu frühes Erwachen.
- 6.2 Neigen Sie zu Schlaflosigkeit? - Trotz großer Müdigkeit?
- 6.3 Was hindert Sie am Einschlafen?
- 6.4 Wie fühlen Sie sich morgens nach dem Schlaf? - Gut ausgeschlafen / wie gerädert / depressiv / Wie sonst?
- 6.5 Haben Sie nachts das Fenster geöffnet?
- 6.6 Rollen Sie mit dem Kopf beim Einschlafen? - Eventuell früher?
- 6.7 Schlafen Sie mit nach hinten geneigtem Kopf?
- 6.8 Haben Sie früher mit dem Kopf gegen das Bett geschlagen? - Wann? / Wie lange?
- 6.9 Brauchen Sie besondere Wärme oder warmes Zudecken?
- 6.10 Sind Ihre Füße recht heiß und werden unter der Decke hervorgestreckt?
- 6.11 Decken Sie sich nachts auf? - Welche Körperteile?
- 6.12 Zucken Sie im Schlaf zusammen? / Fahren Sie aus dem Schlaf auf?
- 6.13 Schlafwandeln Sie zeitweise? - Früher?
- 6.14 Knirschen Sie mit den Zähnen? - Früher?
- 6.15 Schnarchen Sie?
- 6.16 Träumen Sie oft? - Alpträume / Angstträume / vom Tod / von Toten / hellsichtige Träume / Träume mit sich wiederholendem Inhalt? - Bitte genaue Angaben.
- 6.17 Sprechen / schreien Sie im Schlaf?



Joachim-F. Grätz

[Fragebogen für Ihre Homöopathische antimiasmatische Behandlung](#)

Patientenfragebogen A4

32 pages, booklet  
publication 2007



More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life [www.narayana-verlag.com](http://www.narayana-verlag.com)