

**HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE**  
**(bitte rechtzeitig zurücksenden)**

WICHTIGER HINWEIS AN SIE, LIEBER PATIENT

**Ihr Termin:**

Bitte genau und gründlich ausfüllen! Lesen Sie jedes Wort einzeln durch und fragen Sie sich, ob in bezug auf diese Angaben bei Ihnen einmal etwas gewesen ist. Auch frühere Krankheitserscheinungen sind wichtig, darum beziehen sich alle Fragen auf das ganze Leben! Geben Sie bei jeder Beantwortung auch die großen "W's" mit an: Was, wo, wohin, wann, seit wann, wie lange, wie, wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst? Wenn bei den angeführten Beispielen für Sie eines in Frage kommt, dann unterstreichen Sie es und geben am Rand die nötigen Erläuterungen in bezug auf die "W's", die Beispiele sollten nur Anregungen für Sie sein; wenn etwas nicht vorkommt, dann schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten.

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN:

NAME:

VORNAME:

ADRESSE:

PLZ/ORT:

TEL.P:

TEL.G:

GEB.DAT.

BERUF:

FAMILIENSTAND:

KINDER:

---

**Bitte legen Sie ein aktuelles Photo von Ihnen bei (für unsere Akten)**

## Information für eine homöopathische Behandlung

Zu Beginn der Behandlung wird eine ausführliche Krankengeschichte erhoben, in der Körper-, Charakter- und Gemütssymptome genau erfasst werden. Die Wertung aller wichtigen Symptome und die anschließende Suche (Repertorisation) des entsprechenden homöopathischen Arzneimittels verlangt vom Homöopathen viel Einfühlungsvermögen. Es gibt ca. 3'800 verschiedene homöopathische Mittel sowie ca. 1'000'000 verschiedene Krankheitssymptome zur Auswahl.

Die Symptome, die der kranke Mensch erlebt, betrachtet man in der Homöopathie bereits als Folge einer Störung, nie aber als Krankheit an sich. Wenn man wirklich heilen will, so muss die Krankheitsursache behoben werden. Nur Symptome für kurze Zeit zum Verschwinden zu bringen, bedeutet noch lange keine Heilung. Mit Homöopathischen Präparaten wirkt man primär auf die Lebenskraft (Immunsystem), die unseren gesamten Organismus steuert. Man darf annehmen, dass fast alle Krankheiten homöopathisch angegangen und geheilt oder wenigstens gelindert werden können.

Der Homöopath ist also auf eine genaue und vollständige Beschreibung aller Symptome angewiesen. Viele immer wiederkehrenden Beschwerden benötigen auch vom Patienten die entsprechende Ausdauer und das aktive mitmachen während der Behandlung.

Die Homöopathie ist für den Patienten eine großartige Heilmethode, da sie den ganzen Menschen als unverwechselbares Individuum erfasst, und die Heilung den Gesetzen der Natur entspricht.

Die Kosten richten sich nach dem Zeitaufwand. Sie betragen pro Stunde 150.— . Der Zeitaufwand für einen chronischen Fall beträgt ca. 1 – 3 Stunden, wobei das erste Gespräch ca. 1 Stunde dauert (Fallaufnahme). Im Idealfall müssen Sie 1 – 2 x vorbei kommen, je nach Verlauf sind weitere kürzere Konsultationen nötig, wenn möglich auch telefonisch. Die Bezahlung erfolgt über Rechnung. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob sie sich an den Kosten beteiligt.

Daniel Jutzi, Klass. Homöopath, Alpenstrasse 23, 3653 Oberhofen

Tel.: 033 / 243 55 88 Fax 033 / 243 55 92

A-Mitglied NVS ( Naturärzte Vereinigung Schweiz )

In Praxisgemeinschaft mit:

- Verena Jutzi-Ketterl, Homöopathin
- Evenly Büchner, Homöopathin

MEINE FRAGE:

IHRE ANTWORT:

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

Was, evtl. Diagnose durch Ärzte, Spitäler?

Seit wann? Wo? Wie?

Zu welcher Zeit (Jahreszeit, Tageszeit, periodisch usw.)?

Wodurch besser oder schlechter (Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, usw.)?

Wodurch ausgelöst, usw.?

Welches sind die äusseren oder inneren Umstände die dazu führten (Wetter, Unfall, Kummer, Ärger, Arbeit)?

Welche Medikamente haben Sie in letzter Zeit eingenommen oder nehmen Sie noch?

**Familienvorgeschichte:**

Gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Grossonkel, Grosstanten, Geschwister) irgendwelche Krankheiten? z.B. Krebs, Tuberkulose, (Tbc) Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Steine(Galle oder Nieren), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Malaria oder anderes?

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern? Vater Mutter

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihrem Vater / Vater

Ihrer Mutter bekannt? Mutter

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihren Großeltern bekannt? Großvater

Großmutter

## **Eigene Vorgeschichte:**

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Pocken, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Tropenkrankheiten, Lungen-/Rippenfellentzündung, Hepatitis, Tuberkulose, Anginen, Bronchitis, Grippe, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe, Syphilis, Mykose), Nieren-, Blasen-, Harnröhrentzündung usw.?

Welche anderen Erkrankungen hat es bei Ihnen gegeben?

z.B. Krebs, Lymphdrüenschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit usw.?

Mit welchen Hautkrankheiten hatten Sie zu tun?

z.B. Krätze, Ekzeme, Pusteln, Pickel, Akne, Herpes, Flechten, Rundflechte, Furunkel, Warzen oder anderes?

Haben Sie Allergien ? Unverträglichkeit gegen etwas?

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

z.B. Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Tuberkulose, Typhus, Serum oder andere?

Wie haben Sie sie vertragen? (Wenn möglich Kopie des Impfausweises beilegen)

Gab es bei Ihnen in folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Erscheinungen oder gibt es sie noch?

Kopf, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Asthma, Tuberkulose, Magen, Darm, Geschwüre, Leber, Gelbsucht, Gallenentzündung, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Nierenentzündung, -steine, Blase, Harnröhre, Eierstock, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Haare, Nägel, Muskeln, Krampfadern, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Blut, Drüsen, Rheuma, Gicht, Nerven, Gemüt.

Welche Operationen wurden an Ihnen vorgenommen?

Bitte mit Zeitangabe.

Welche Verletzungen hatten Sie? z.B. Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Kriegsverletzungen, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.?

Gab es in Ihrer Kindheit etwas Besonderes?

z.B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsschwierigkeiten, Rachitis, spätes Laufen- oder Sprechenlernen, Würmer, Verstopfungen, Durchfälle, auffällige psychische Verhaltensweisen, Ängste usw.?

## **Fragen zu Ihrer Krankheit?**

Haben Sie Empfindungen an einem Teil des Körpers, seinen Organen oder am ganzen Körper? Wie Kribbeln, Leerheitsgefühl, Schwäche, Einschlafen der Glieder, Ziehen, Gefühl des Zusammenschnürens oder Klopfens?

Welches ist die genaue Stelle am Körper?

Müssen Sie sich warm anziehen oder gewisse Körperteile warm einhüllen, um sich wohl zu fühlen oder um gewisse Leiden zu verringern?

Welches ist der genaue Charakter Ihrer Beschwerden?  
Haben Sie Schmerzen oder eine Empfindungsstörung?  
Art der Schmerzen: brennend, klopfend, drückend, zusammenziehend, stechend, spannend, anfallsweise.  
Art der Empfindungsstörung: Vergrößerungsgefühl, Gefühl der Schwere, wie von einem Stein, Klotz.

Bestehen die Beschwerden ständig oder sind sie durch störungsfreie Zeiträume unterbrochen?

Wie sind Ihre evtl. anomalen Ausscheidungen beschaffen?  
(an Augen, Ohren Nase, Scheide)  
In bezug auf: Menge, Farbe, Geruch, eitrig, blutig, ätzend, beißend, wird Wäsche verfärbt oder gar beschädigt?

Welches sind die üblichen Beschwerden, denen Sie am meisten unterworfen sind? (Verstopfung, Durchfall, Schlaflosigkeit, Hitze- oder Kälteempfindlichkeit)

Welches sind die Beschäftigungen, die Sie am meisten ermüden (geistige od. körperliche Anstrengung)?

Sind Sie nach dem Essen sehr müde und schläfrig oder müssen Sie sich bewegen?

Gibt es Beschwerden, die in der Ruhe auftreten (Herzklopfen, Herzdruck, Kopfschmerzen)?  
Wann? - kurz nach dem Einschlafen, um Mitternacht, gegen Morgen, nach dem Schlaf?

Welchen Einfluß haben auf Sie: Wetterwechsel, Kälte, Wärme, Föhn, Gewitter, feuchte Luft, Regen, klares schönes Wetter, kaltes trockenes Wetter, feuchtes warmes Wetter, frische Luft, Nebel usw.?

Wie reagieren Sie auf die verschiedenen Mondphasen?

Wie ist Ihre Schlaflage? Position?

Wird der Schlaf durch etwas wie Herzklopfen, Hunger, Schwitzen, Träume, Zähneknirschen, Sprechen gestört?

Einschlafstörungen, wegen was? (Sorgen, Ideen, Musik)

Gibt es einen besonderen Traum der in Ihrem Leben immer wiederkehrt, oder den Sie nicht vergessen?

Wovon träumen Sie? Von schönen Dingen, vom Fliegen, Räuber, Diebe, sexuelle Träume, Horror, usw.?

Welchen Einfluß haben auf Sie: Gerüche, Geräusche, Musik, Trost, Sonne, künstliches Licht, Dunkelheit, Gesellschaft, Alleinsein, Essen, Fasten, Stehen, Liegen, Gehen, Bewegung, Berührung, Druck, Reiben, heiß/kalt Baden, heiße/kalte Umschläge, Aufenthalt in geschlossenen warmen Räumen, Meer, Gebirge.

Wie schwitzen Sie? (Leicht, gar nicht, teilweise, total, bei Anstrengung, Aufregung, übelriechend, die Wäsche färbend, klebrig, geruchlos, Kopf, Hinterkopf, Nacken, Stirn, Gesicht, Brust, Rücken, Achseln, Ober-/Unterkörper, Hände, Beine, einseitig usw.)

Mildert, verschlimmert oder beendet ein Schweissausbruch die übrigen Beschwerden und welche?

Sind Sie druck- oder berührungsempfindlich? z.B. hart liegen, Anfassen, Massieren, enge Kleider, Hals, Brust, Bauch, Taille, Hände, Gelenke, Wunden usw.?

Bekommen Sie leicht "blaue Flecken"?

Wie verhält sich Ihre Haut bei Verletzungen?  
(heilt gut, schlecht, eitert, verfärbt, stark bluten, helles/  
dunkles Blut)

Treten bei Ihnen bestimmte Zustände auf? z.B. Schwäche, Ohnmacht, Zittern, hoher / niedriger Blutdruck, Krämpfe, Lähmungen, Zucken, epileptische Anfälle, Entzündungen, Gewichtsab-/zunahme, Angstanfälle oder anderes?

Wo gibt es auffällige Empfindungen? z.B. Ameisenlaufen, Taubheit, Kribbeln, Jucken, Spannung, Steifheit, Zittern, Klopfen, Pulsieren, Kälte- oder Hitzegefühl, Gefühle "als ob" ein Haar, ein Klumpen, Kloß, Sandkorn, Bewegungen, sich irgendwo befänden, oder anderes?

Wird eine Körperseite bei Ihren Krankheitserscheinungen eindeutig bevorzugt? z.B. alles rechts oder links, nur oben oder unten, diagonal ?

Welche Stellung oder Haltung Ihres Körpers gibt es, die bessern, verschlechtern? z.B. stehen, gehen, liegen, laufen, Anstrengung, Treppensteigen, sitzen, fahren, heben, springen, tanzen usw.

Hat es jemals sexuelle Schwierigkeiten, Anomalien, Störungen gegeben? z.B. Erektionsschwierigkeiten, zu früher Samenerguß, kein Samenerguß, blutiger Samenerguß, Abneigung gegen Geschlechtsverkehr, übermäßiger Geschlechtstrieb, Homosexualität, kein Orgasmus, Onanie u.a.?

Besitzen Sie Spannkraft und Vitalität? Sportlich leistungsfähig?

Waren Sie als Baby, Kleinkind pummelig oder schlank, ruhig oder zappelig?  
Lieben Sie Ihren Beruf?

### **Besondere Fragen:**

#### **Gemüts- und geistige Symptome:**

Wie ist Ihr Charakter?

Was trifft Ihre Empfindlichkeit am meisten? Vorwürfe, Widerspruch, Kummer, Geringschätzung, Verleumdung u.a.

Wie reagieren Sie darauf? Tränen, offene oder geheime Wut, nachtragend, schließen sich in Ihr Zimmer ein oder anders?

Zu welcher Gelegenheit können Sie weinen?

Sind Sie standhaft, zuverlässig, leicht beeinflussbar, stur oder veränderlich, eigenwillig, tyrannisch oder anpassungsfähig?

Sind Sie gleichgültig und gegen was, schon immer oder erst seit Ihrer Krankheit?  
(z.B. gegen Familie, Freunde, Umwelt)

Sind Sie tapfer, schüchtern, ängstlich, beherzt oder verzagt?

Haben Sie Verständnis, Geduld, werden Sie in der Gesellschaft als angenehm empfunden, wollen Sie die Umwelt beherrschen und ertragen Sie keinen Widerspruch?

Sind Sie Ihrer Art nach peinlich genau oder nachlässig in Ihren Geschäften (in Ordnung des Zimmer, der Kleidung usw.)?

Lieben Sie ein ruhiges und geordnetes Leben oder ziehen Sie die Abwechslung oder Veränderung vor?

Sind Sie Stimmungswechsel unterworfen?

Wie sind Ihre geistigen Fähigkeiten wie: geistige Energie, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit Arbeitsfähigkeit, Zerstreuung, Rechnen?

Was für Hobbys haben Sie?

Haben oder hatten Sie Ängste? Dunkelheit, Höhenangst, Diebe, Platzangst, Tiere, Gewitter, Alleinsein usw.

Welche Rolle spielt die Eifersucht, der Neid, Geiz bei Ihnen?

Welches ist Ihre Lieblingsfarbe?

Welche Musikrichtung hören Sie gerne?

Hat es jemals in Ihrem Leben depressive Phasen, Selbstmordgedanken, - Versuche, tiefste Traurigkeit oder ähnliches gegeben?

Wie steht es mit Ihrem Selbstvertrauen?

Welche Beschwerden entstehen durch starke Gemüts-erregung wie Schreck, Kummer, Ärger, Eifersucht, Trauer, Freude, Prüfungsangst usw.?

Gibt es bei Ihnen im psychischen Bereich Dinge, die Sie vor anderen unbedingt verbergen möchten?

## **Lokale Symptomatik:**

(Wenn hierbei von Beschwerden zu berichten ist, bitte immer genau angeben, wo (Ort), wohin (Ausstrahlung), wann (zeitliches Auftreten), wie (Schmerz- oder Empfindungscharakter) wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst, Grund angeben.)

### **Kopf:**

Schwindel:

Empfinden Sie Schwindel, Betäubungsgefühl?

Art des Schwindels? (Drehen, Taumeln, Neigung zu Fallen)

Mit Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen usw.?

Kopfschmerzen:

Ort, Zeitpunkt, Schmerz usw.

### **Gesicht:**

auch Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge usw.

### **Augen:**

Entzündungen, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörung usw.

Weit-/ Kurzsichtig

### **Ohren:**

Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, Hören, eiternde

Ohrläppchen, usw.

### **Nase:**

Geruchsinne, Niesen, Schnupfen, Heuschnupfen, Nebenhöhlen,

Verstopfung, Geschwüre, Furunkel, Blutungen, Druck oder

Schmerz in Nasenwurzel, usw.

### **Mund, Zähne:**

Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluß, Geschwüre (Aphthen),

Zahnfleisch, Zähne, Zahnungsschwierigkeit als Kind,

schlechte Zähne, Wurzelentzündung, Amalgamfüllung, Fisteln usw.

### **Hals:**

Mandeln, Rachen, Kehlkopf, Stimme, Sprache, Luftröhre,

Schilddrüse, Drüsen, Speiseröhre, usw.

### **Atmungsorgane:**

Atembeschwerden?

Husten? Wann, Wie, Anfallsweise, wodurch

besser/schlechter, Nebenerscheinungen usw.?

Auswurf (Farbe usw.)?

Erkältungskrankheiten? Asthma?

**Herz:**

Haben Sie Herzprobleme?

Haben Sie Herzrhythmusstörungen irgendeiner Art?

Herzschmerzen? (z.B. beim Treppen steigen, durch Anstrengungen, bereits in Ruhe, durch psychische Belastungen, Druckschmerz durch Blähungen, usw.)

**Magen:**

Wie ist Ihr Appetit? Heisshungergefühl vor dem Essen oder auch außerhalb der gewohnten Mahlzeiten und wann?

Sind Sie schnell satt, oder kommt der Appetit während des Essens? Sind Sie bald danach wieder hungrig?

Gibt es bestimmte Zeiten am Tag oder in der Nacht, in denen Sie unbedingt etwas essen müssen?

Welche Speisen oder Getränke vertragen Sie nicht? (**U= Unverträglichkeit**)

Nach welchen Speisen oder Getränken haben Sie ein ausgesprochenes Verlangen oder sind Sie geradezu gierig? (**V= Verlangen**)

Gegen welche Speisen oder Getränke haben Sie eine unüberwindliche Abneigung? (**A= Abneigung**)

Bier	Eis/Glace
Wein	Eier
Milch heiß/kalt	Käse
Kaffee	Karotten
kalte Getränke	Kohl
warme Getränke	Kartoffeln
Brot	Kuchen
Butter	Obst
Fette Speisen	Rohe Speisen
Fisch	Salziges
Geräuchertes	Saures
gut Gewürztes	Salate
Gemüse	Zwiebeln
Fleisch	Süßigkeiten
Tabak	Schokolade
Peperoni,	Knoblauch
Anderes	

Wie ist Ihr Durst?

Normal, groß, klein, nachts, lieber warm - kalt, usw.

Was trinken Sie am meisten?

Treten Beschwerden nach dem Essen oder Trinken auf?

Haben sie Aufstoßen, Sodbrennen, Erbrechen, Brechreiz, Magenschmerzen, Übelkeit?

Stuhlgang: täglich, jeden ..... Tag, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Tageszeit, hell, dunkel, schleimig, blutig, Geruch, Form, schmerzlos, dranglos, viel Drang, erfolgloser Drang, krampfartig, stechend, wundmachend, zurückschlüpfend, Hämorrhoiden usw.?

Mußten oder müssen Sie Abführmittel nehmen? Welche?

Haben Sie Blähungen, Wind, Koliken, Kollern, ?

**Blase:**

Harnentleerung: viel, wenig, häufig, hell, dunkel, übelriechend, schmerzhaft, kann ihn nicht halten, muss warten, plötzlicher Drang, absatzweise Entleerungen?

Hatten Sie jemals in der Blase oder Harnröhre Entzündungen, brennen, schneiden beim Wasserlassen?

**Rücken:**

Rückenschmerzen oder andere Krankheiten im Rückenbereich?  
Grund? Seit wann, Wo, usw.

**Genitalorgane:**

Wie ist Ihr geschlechtliches Verlangen?  
Hatten Sie selbst Geschlechtskrankheiten?

Hatten Sie jemals einen Ausfluß aus der Harnröhre oder Scheide gehabt? Wann, wie stark, Farbe, wundmachend, brennend, übelriechend, wann zum ersten Mal im Leben?

**Mann:**

Prostata, Hoden, Penis usw. Hat es jemals etwas Auffälliges gegeben? Ausfluß, Brennen, Schmerzen, Krankheiten usw.?

**Frau:**

In welchem Alter haben Sie Ihre erste Regel bekommen?

In welchem Alter ist Ihre Regel ausgeblieben?

War die Regel bisher normal, regelmäßig?  
Welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen?

Wieviele Tage dauert sie?

Wie stark ist sie?

Wie sieht Ihre Blutung aus? Hell, dunkel, klumpig, schwarz, wäßrig, übelriechend usw.?

Wie ist Ihr Fluß? Regelmäßig, stärker am Tag, setzt aus in der Nacht, usw.

Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Blutung?  
Wo, wohin ausstrahlend, wie ist der Schmerz, usw.

Gibt es vor, während oder nach der Regelblutung irgendwelche Begleiterscheinungen in anderen Regionen des Organismus?

z.B. Kopfschmerz, Schnupfen, Nasenbluten statt Blutung, Durchfall, Verstopfung, Gliederschmerzen, Brustspannung oder -schmerzen, Ohnmachten, Fieber, Schwäche, oder psychische Erscheinungen wie: Putzwut, launisch, ärgerlich, weinerlich, sexuelle Lustempfindungen usw.

Besteht ein Ausfluß? (Weissfluss, Fluor?) Wie ist die Farbe, Menge und Beschaffenheit, Geruch, juckend, brennend usw.?

Kommt er stärker vor oder nach der Regel?

Gab es jemals Eierstockzysten, Myome, Schleimhautveränderungen, Entzündungen, Feigwarzen, Condylome, Geschwüre oder andere Veränderungen im Genitalbereich oder Unterbauch?

### **Gliedmassen:**

Leiden oder litten Sie an Gliederschmerzen?

Gibt es etwas auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenken, Nägeln?

Leiden Sie an Wadenkrämpfen, Krampfadern usw.?

### **Fieber:**

Wie ist Ihr Zustand bei Fieber?

Sie müssen sich aufdecken, besser an frischer Luft, frieren stark, wollen Ruhe, es muss jemand da sein, usw.

Haben Sie hoch, selten, periodisch Fieber?

### **Frost:**

Leiden Sie unter leichter Erkältung? Häufigen Fieberfrösten oder gar Schüttelfrost?

Leiden Sie unter speziellen Kälteempfindungen und wo?

## **Haut:**

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Haut? Trocken, feucht, fettig, Temperatur, Farbe, Absonderung, Schuppenbildung?

Auf welchen Teilen des Körpers befinden sich Ausschläge, Geschwüre, Auswüchse, Warzen, Flecken, Abszesse oder andere Hauterscheinungen?

Seit wann?

Empfindungen an diesen Stellen? Jucken, Brennen, Hitze, Stechen, Kälte, Schmerzen, Schwellung, besser durch Kälte oder Wärme, durch Baden usw.?

Wie sind die Absonderungen der Hautausschläge beschaffen? Farbe, Geruch, ätzende Wirkung, zähflüssig, Krustenbildend usw.?

Haben Sie früher ein Hautleiden gehabt? Kindheit-Milchschorf, Windeleczem, Eiterpusteln, Akne, Flechten, Nesselfieber?

Wurden diese behandelt und wie, mit was?

Haben Sie Risse, Schrunden, Falzhäutchen an Nägeln, Nied-nagelbildung?

Lieber Patient

Wir danken Ihnen für die große Geduld, die Sie uns beim Ausfüllen dieses langen, ausgiebigen Fragebogens entgegenbrachten.

Bitte senden Sie ihn rechtzeitig vor Ihrem Termin zurück, damit ich mich vorbereiten kann.

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen.