

**Gabriele Treutler-Walter**  
**Fachärztin für Allgemeinmedizin**  
**Homöopathie – Naturheilverfahren**  
**Psychotherapie - Palliativmedizin**  
**Im Mesnergarten 5**  
**79299 Wittnau**

[praxis.treutler-walter@posteo.de](mailto:praxis.treutler-walter@posteo.de)  
[www.treutler-walter.de](http://www.treutler-walter.de)

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_

Sie haben für sich/für \_\_\_\_\_ für den \_\_\_\_\_ um  
einen Termin für ein homöopathisches Erstgespräch vereinbart.

Ich freue mich darauf, Sie näher kennenzulernen.

In diesem Erstgespräch werde ich versuchen, Sie möglichst umfassend zu verstehen. Ich nehme mir für das Erstgespräch 1 ½ - 2 Stunden Zeit. Für viele Patienten ist das Erstgespräch auch emotional berührend, so dass ich empfehle, nicht sofort den nächsten Termin anzuschließen, sondern sich im Anschluss etwas Ruhe zu gönnen.

Bitte planen Sie entsprechend.

Um im Erstgespräch möglichst viel Zeit für den direkten Kontakt mit Ihnen zu haben, würde ich Sie bitten, vorab den beigefügten Fragebogen auszufüllen und mir den ausgefüllten Fragebogen zum Erstgespräch mitzubringen. Sie können auch zusätzliche Blätter anfügen, wenn Sie etwas noch ausführlicher beschreiben möchten.

Der Fragebogen enthält einerseits Fragen zu Fakten (Nahrungsvorlieben, Temperaturvorlieben, Krankheiten in der eigenen Geschichte oder der Familiengeschichte). Andererseits enthält er auch Fragen, die vielleicht schwer zu beantworten sind, über die sie nachdenken müssen. Diese Fragen dienen auch dazu, Sie darauf einzustimmen, in welcher Art und Weise ich versuche, Sie zu verstehen.

Unklare Fragen können wir natürlich im Erstgespräch klären. Sollten Sie das Gefühl haben, dass der Fragebogen Ihnen zu viel Mühe abverlangt, kommen Sie einfach ohne den Fragebogen.

Termin bitte einhalten. Bei Verhinderung bitte rechtzeitig absagen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Gabriele Treutler-Walter

Name:

Datum:

Was ist ihre Hauptbeschwerde?

Bitte beschreiben Sie diese so gut sie können, was nehmen Sie wahr, wie fühlt es sich an?

Seit wann haben Sie diese Beschwerde?

Wodurch werden die Beschwerden besser oder schlimmer?

Gibt es einen Einfluss von:

Tageszeit/Uhrzeit?

Temperatur?

Wetter?

Licht ?

Stress – wenn ja, welcher Art?

Essen – bestimmte Nahrungsmittel?

Bewegung – welche?

Körperhaltung?

Was tun Sie, um sich Erleichterung zu verschaffen?

Gab es ein besonderes Ereignis vor Beginn dieser Beschwerden?

Welche anderen Beschwerden haben Sie derzeit, seit wann?

- a)
- b)
- c)
- d)

Wodurch werden die anderen Beschwerden besser oder schlimmer? Was tun Sie, um sich Erleichterung der anderen Beschwerden zu verschaffen?

- a)
- b)
- c)
- d)

Gab es ein besonderes Ereignis/besondere Ereignisse vor Beginn dieser Beschwerden?

Welche Erkrankungen oder Beschwerden hatten Sie früher? In welchem Zeitraum? Hatten Sie Operationen in der Vergangenheit?

Erinnern Sie von diesen Erkrankungen Auslöser, Umstände, die zu einer Besserung oder Verschlechterung führten und wodurch Sie dann beendet waren?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Gab es Besonderheiten bei den Kinderkrankheiten, Komplikationen?

Welche Impfungen hatten Sie? Gab es Besonderheiten in Zusammenhang mit den Impfungen? Komplikationen?

Gab oder gibt es in ihrer Familie besondere Erkrankungen? (Ist Ihnen bekannt, woran Familienmitglieder evtl. gestorben sind und in welchem Alter?)

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Mutter der Mutter:

Mutter des Vaters:

Vater der Mutter:

Vater des Vaters:

Wie war Ihre Kindheit, wie viele Geschwister haben Sie? Wie ist der Altersunterschied zu den Geschwistern?

Wie waren Sie als Kind?

Allgemeinsymptome:

Wie ist Ihr Schlaf?

In welcher Position schlafen Sie?

Können Sie sich an Träume erinnern? (An welche? Gab es sehr eindrückliche Träume oder Träume, die wiederholt aufgetreten sind?)

Wie leicht frieren Sie, wie leicht schwitzen Sie? Wie vertragen Sie Wärme oder Kälte?

Was essen Sie gern, was schmeckt Ihnen gut?

Gibt es Geschmacksrichtungen, die Sie besonders gern mögen oder nicht mögen (süß, sauer, scharf, salzig, bitter)

Gibt es etwas, was Ihnen nicht schmeckt, oder eine Geschmacksrichtung, die Sie nicht mögen?

Gibt es etwas, was Sie nicht vertragen? Welche Beschwerden bekommen Sie dann?

Wieviel Durst haben Sie? Trinken Sie lieber kalt oder lieber warm?

Wie ist Ihr Genuss von Kaffee, Tee, Wein, Bier, Tabak?

Besonderheiten bei Stuhlgang/Verdauung?

Besonderheiten beim Wasserlassen?

Bei Frauen/Mädchen:

Wie ist die Periode? Wie lange ist der Zyklus? Beschwerden in Zusammenhang mit der Periode?  
Stimmungsschwankungen in Zusammenhang mit der Periode?

In welchem Alter war die erste Periode?

Bei Frauen in/nach den Wechseljahren? Wie verlaufen/verliefen die Wechseljahre?

Schwangerschaften? Wann, wie war der Verlauf, wie war die Entbindung?

Wie leben Sie? Allein/Familie/Partnerschaft? Was machen Sie beruflich?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität? Möchten Sie darüber sprechen?

Was machen Sie richtig gern in Ihrer Freizeit, wobei fühlen Sie sich richtig wohl, was tut Ihnen gut?

Was ist typisch für Sie?

Wie würden andere Sie beschreiben (z.B. ihr Partner/Partnerin)?

Gibt es etwas, worauf Sie sehr empfindlich sind?

Haben Sie eine Lieblingspflanze?

Haben Sie ein Lieblingstier?

Haben Sie einen Lieblingsstein?

Haben Sie Ängste, wovor?

Gab es ein Erlebnis in Ihrem Leben, das sie sehr berührt oder geprägt hat

Wurden Sie schon einmal homöopathisch behandelt? Welche Mittel haben Sie bekommen? Können Sie Reaktionen erinnern? Welche?

Haben Sie einen Lebensraum? Wie stehen Sie zu ihrem bisherigen Leben?