**ОПРОСНИК**

**«Гомеопатия исцеления»**

*Цель этой формы дела состоит в том, чтобы получить полную информацию, некоторые из которых могут быть пропущены, принимая историю болезни. При заполнении тщательно и честно, эта форма поможет мне получить информацию, чтобы относиться к вам лучше. Если вы предпочитаете просто говорить, а не заполнять форму, пожалуйста, прочитайте ее внимательно и отметьте моменты, которые вы хотели бы обсудить или упомянуть.*

**Дата:**

**Имя:**

**Возраст:**

**Пол:**

**Профессия:**

**Электронная почта:**

**Тел.:**

**Адрес:**

**Как о нас узнали:**

**Рост, вес:**

**ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА (Опишите жалобу подробно... что именно происходит, когда, как часто, как долго это длится. Как это началось, что могло быть причиной (по Вашему мнению). Изменилась ли жалоба - например, стала более или менее тяжелой, или появились новые ощущения, повысилась ли частота беспокоящих Вас эпизодов и т.д. Что может быть причиной этого?):**

**ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ:**

**Можете ли вы проследить происхождение данного заболевания, отнести к каким-либо конкретным обстоятельствам, несчастному случаю, болезни, какому-либо событию или психическому расстройству? (например: шок, беспокойство, ошибки в диете, перенапряжение, чрезмерное воздействие холода, тепла и т.д.)?**

**ВЛИЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НА ВАС:**

**ПРОШЛАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (перечислите перенесенные в прошлом заболевания):**

**-**

**-**

**-**

**-**

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ (какие болезни были или есть у Ваших родственников):**

**-**

**-**

**-**

**-**

**ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ВАС:**

**Ниже приведен список явлений/обстоятельств, воздействию каждого из которых вы подвергаетесь.**

**Пожалуйста, напишите, как на вас влияет каждый из нижеследующих. Вы чувствуете себя хуже или лучше от каждого из факторов? Каким образом они на Вас влияют?**

|  |  |
| --- | --- |
| ЯВЛЕНИЯ, ФАКТОРЫ, ОБСТОЯТЕЛЬСТВА | ВЛИЯНИЕ НА ВАС |
| Жаркая погода |  |
| Холодная погода |  |
| Дождливая погода |  |
| Облачная погода |  |
| Смена времени года |  |
| Гроза |  |
| Укрывание (одеялом) |  |
| Теплая ванна |  |
| Солнце |  |
| Холодная ванна |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Питье |  |
| Состояние после секса |  |
| Пыль |  |
| Дым |  |
| Прикосновение |  |
| Давление/надавливание |  |
| Массаж |  |
| Плотно облегающая одежда |  |
| Перед сном |  |
| Во время сна |  |
| После ночного сна |  |
| После дневного сна |  |
| Недостаток/дефицит сна |  |
| Перед стулом |  |
| Во время стула |  |
| После стула |  |
| Кашель |  |
| Чихание |  |
| Смех |  |
| Разговор/говорение |  |
| Чтение |  |
| Когда пишите |  |
| Когда сутулитесь |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Если голова находится низко, когда лежите |  |
| Когда сидите |  |
| Когда сидите с прямой спиной |  |
| Когда стоите |  |
| Когда смотрите вверх |  |
| Когда смотрите вниз |  |
| Когда смотрите вниз с высоты |  |
| Когда смотрите, находясь в движущемся объекте |  |
| Шум |  |
| Внезапный шум |  |
| Музыка |  |
| Свет |  |
| Сильные запахи |  |
| При запорах |  |
| Перед мочеиспусканием |  |
| Во время мочеиспускания |  |
| После мочеиспускания |  |
| Перед менструацией |  |
| Во время менструации |  |
| После менструации |  |
| После потения |  |
| Во время голодания/воздержания от еды |  |
| После еды |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Если «выпустили» газы из кишечника |  |
| После стрижки волос |  |
| Расчесывание волос |  |
| Чистка зубов |  |
| Лунный свет |  |
| Открывание рта |  |
| Курение |  |
| Когда руки-ноги свисают вниз/опущены |  |
| Поднятие/задирание вверх рук |  |
| На море |  |
| Бритье |  |
| Потягивание |  |
| Глотание |  |
| Когда слушаете, как кто-то говорит |  |
| Рвота |  |
| Зевание |  |
| Движение глазами |  |
| Открывание глаз |  |
| Закрывание глаз |  |
| Если промочили ноги |  |
| Переедание |  |
| Работа в воде |  |
| Обдувание Вас вентилятором |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Перед важной встречей/делом |  |
| Перед экзаменами |  |
| Когда злитесь |  |
| Когда волнуетесь |  |
| Когда грустите/печальны |  |
| После слез/рыданий |  |
| Утешение Вас кем-то/чье-то сочувствие |  |
| В толпе |  |
| В ограниченном пространстве |  |
| Когда думаете о своей болезни |  |
| Полнолуние/новолуние |  |
| Утро |  |
| День |  |
| Вечер |  |
| Ночь |  |
| Принять ванну |  |
| Сквозняк/поток воздуха |  |
| Когда кусаете или жуете |  |
| Высмаркивание носа |  |
| Когда находитесь один/одна |  |
| В компании |  |
| Физические нагрузки |  |
| Отрыжка |  |

**АППЕТИТ И ЖАЖДА:**

**Как ваш аппетит?**

**Когда вы чувствуете голод?**

**Что произойдет, если вы должны оставаться голодными в течение длительного времени?**

**Как быстро вы едите?**

**На сколько сильна у Вас жажда?**

**В какое-то конкретное время вы особенно хотите пить?**

**Чувствуете ли вы какие-либо изменения в ваших вкусовых ощущениях/предпочтениях или ощущениях во рту?**

**Пожалуйста, поставьте одну галочку/плюсик, если вам нравится /не нравится еда или если еда не усваивается организмом. Поставьте две галочки, если вы сильно любите / сильно не нравится еда или если пища не усваивается организмом.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **НРАВИТСЯ** | **НЕ НРАВИТСЯ** | **НЕ УСВАИВАЕТСЯ/ДАЕТ ДИСКОМФОРТ** |
| Горький вкус |  |  |  |
| Больше соли |  |  |  |
| Сладкий вкус |  |  |  |
| Кислый вкус |  |  |  |
| Хлеб |  |  |  |
| Сливочное масло |  |  |  |
| Жирное |  |  |  |
| Молоко |  |  |  |
| Кофе |  |  |  |
| Земля/мел |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Яйца |  |  |  |
| Еда со специями/острая |  |  |  |
| Мясо |  |  |  |
| Рыба |  |  |  |
| Капуста |  |  |  |
| Лук |  |  |  |
| Теплая еда/питье |  |  |  |
| Холодная еда/питье |  |  |  |
| Фрукты |  |  |  |
| Что-то еще |  |  |  |

**Опишите свой характер и личность вкратце. При необходимости воспользуйтесь помощью члена семьи или друга. Полезной будет следующая информация: какой у Вас характер/темперамент, чем он отличается от характера ваших друзей или членов семьи. Например: вспыльчивый, спокойный, ревнивый, мстительный, чувствительный, тревожный, подавленный, эгоистичный, импульсивный, нерешительный, сварливый, трусливый, смелый, торопливый, медленный, тихий/малоразговорчивый, разговорчивый/болтливый, закрытый, подозрительный, чувствующий себя обманутым или невезучим, печальный, соперничающий, легко плачущий и т.д.**

**Что Вас может сильно расстроить, обеспокоить, разволновать? В каких ситуациях Вы начинаете тревожиться или злитесь?**

**Вы тревожный человек? Что Вас может встревожить/вызвать беспокойство? Есть ли у Вас страх чего-либо из нижеперечисленного: животных, людей, оставаться одному, темноты, смерти, болезни, грабителей, внезапного шума, грома, будущего, чего-то неизвестного, высоты и т.д.**

**Вы интроверт или экстраверт? Пожалуйста, объясните.**

**Были ли у Вас какие-либо периоды стресса в жизни? Был ли у Вас период в жизни, когда вам было трудно справиться с обстоятельствами, или пришлось приложить большие усилия, чтобы преодолеть последствия ситуации? Были ли у вас какие-либо разочарования? Подумайте, есть ли у Вас какие-либо воспоминания, даже из детства, которые оставили глубокое впечатление или сильно на Вас повлияли. Они все еще влияют на вас?**

**Есть ли у Вас какие-либо проблемы или, может, Вы испытываете стресс в Ваших отношениях: с родителями, братьями или сестрами, с супругой/-ом или с детьми?**

**Что вы делаете, чтобы справиться со стрессом? Что действительно работает для вас?**

**Вы чувствительный человек? К ситуациям? К каким-то людям? К каким-то словам?**

**Есть ли у вас какие-либо "фиксированные" привычки/навязчивые модели поведения – то, что Вы делаете очень часто, или неоднократно? Например, перфекционизм, употребление алкоголя, физические упражнения в течение 3-4 часов в день, молитва в течение 2 часов, проверка одного и то же снова и снова и т.д. Пожалуйста, дайте несколько типичных примеров.**

**Какие телесные симптомы у Вас возникают, когда Вы злитесь (например: дрожь, потение и т.д.)?**

**Нравится ли Вам быть в обществе других людей? Или Вы предпочитаете оставаться наедине с собой?**

**На сколько сильно на Вас влияет беспорядок и грязь вокруг Вас?**

**Какие самые сильные ситуации горя в Вашей жизни Вы пережили?**

**Какие самые сильные радостные события в Вашей жизни?**

**Чем Вы больше всего любите заниматься?**

**Что Вы очень сильно не любите?**

**Как Вы считаете, какие аспекты Вашей психики или Вашего характера, которые Вам не нравятся, Вы не в силах изменить, несмотря на Ваше осознание их и зрелость**

**Дайте четкое представление о Вашем положении в жизни и о Ваших взаимоотношениях с членами Вашей семьи, с друзьями и коллегами на работе.**

**СОН**

**В каком положении Вы спите (на спине, на боку, на животе и т.д.)**

**Можете ли Вы спать в любом положении? В каком положении Вы не можете спать?**

**Во время сна Вы храпите? Скрипите зубами? У Вас подтекает слюна? Потеете? Остаются ли глаза или рот открытыми/приоткрытыми во сне? Вы во сне ходите? Разговариваете? Стонете? Плачете? Становитесь беспокойным? Просыпаетесь от вздрагивания/или рывком?**

**СНЫ**

**Какие Вам снятся сны?**

**Бывают ли какие-либо повторяющиеся сны? Какие-либо сны из детства?**

**ДЕТСТВО**

**Какой Вы били в детстве? Привычки? Страхи? Сны? Отношения со всеми окружающими? Насколько и к чему Вы были чувствительны?**

**Есть ли у Вас какие-либо особые, необычные симптомы, которые вы заметили? Например: потливость во время еды; жалобы возникают только ночью; на Вас сильно влияет погода; один и тот же сон повторяется снова и снова; ощущение волоска на языке; чувство, что за Вашей спиной кто-то есть и т.д. ...**

***Любые* симптомы, которые Вы определенно испытывали, или они у Вас появлялись довольно *часто*.**

**Принимали ли Вы раньше гомеопатические препараты? Если да, то какие?**

**Принимаете ли Вы какие-либо аллопатические лекарства? Если да, то перечислите названия и дозировку.**

**Пришлите результаты недавних исследований и анализов (если делали).**

***Пожалуйста, отправьте вашу анкету на почту Татьяне Вороной***

***tvoronaya@yandex.ru***