



Kleiner Fragebogen von KENT

1. Wegen welchen Beschwerden und Symptomen suchen Sie mich auf, und was haben Sie bisher dafür schon unternommen?
2. Zu welcher Tages- oder Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im allgemeinen am schlechtesten?
3. Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?
4. Wie wirken kaltes Wetter, heißes Wasser, trockenes Wetter, feuchtes Wetter auf Sie?
5. Wie ertragen Sie Nebel?
6. Wie ertragen Sie Sonnenbestrahlung?
7. Welchen Einfluß haben Wetterwechsel auf Sie?
8. Es gibt Leute, die immer frieren und es kalt haben, und andere, die immer warm oder es zu heiß haben. Zu welchen gehören Sie?
9. Was verspüren Sie vor, bei oder nach Sturmwetter?
10. Wie reagieren Sie auf Nordwind, Südwind oder Wind im allgemeinen?
11. Wie ertragen Sie Zugluft?
12. Wie ertragen Sie Wärme ganz allgemein? Bettwärme, Zimmerwärme?
13. Wie reagieren Sie auf Extremtemperaturen (sehr heiß, sehr kalt)?
14. Wie oft sind Sie im Winter und in den anderen Jahreszeiten erkältet?
15. Wie ertragen Sie einen ganzen Tag ohne frische Luft?
16. Welche Körperstellung ist Ihnen unangenehm, welche angenehm? Sitzen, stehen, liegen und warum?
17. Wie steht es bei Ihnen mit Reisekrankheit? Seekrankheit?
18. Wie ertragen Sie längeres Stehen z. B. beim Warten auf den Zug, ein Telefon, eine Kleideranprobe?
19. Wie steht es mit Ihrem Appetit? Wann jeweils haben Sie Hunger?
20. Wie steht es mit dem Durst? Welche Mengen trinken sie pro Mahlzeit und was vorzugsweise?
21. Wie Speisen und Getränke bekommen Ihnen nicht und warum nicht?
22. Wie ertragen Sie Wein, Bier, Kaffee, Tee, Milch und Essig?
23. Wie steht es mit dem Rauchen und wieviel pro Tag?
24. Welchen Impfungen unterzogen Sie sich und wie waren deren Effekte auf Ihre Gesundheit?
25. Wie ertragen Sie ein heißes Bad, kaltes Bad und Meerbad?
26. Wie fühlen Sie sich am Meer und im Gebirge?
27. Wie ertragen Sie geschlossene Kragen, Gürtel, eng anliegende Kleider?
28. Wie heilen Verletzungen bei Ihnen und wie lange bluten sie?
29. Wie ertragen Sie das Alleinsein und die Gesellschaft?
30. Wie ertragen Sie Trost?
31. Unter welchen Umständen empfinden Sie Eifersucht?



32. Wie steht es mit Ängsten bei Ihnen?
 - Wasserscheu?
 - Angst vor Tieren?
 - Angst vor und bei Gewitter?
 - Furcht vor Einbrechern?
 - Furcht zu fallen?
 - Furcht vor Alleinsein?
 - Angst, den Verstand zu verlieren?
 - Furcht vor der Nacht?
 - Furcht vor der Zukunft?
 - Furcht vor Krankheit etc.?
33. Wie fühlen sie sich in einer Menschenmenge?
34. Unter welchen Umständen werden Sie zornig? was setzt Sie in Zorn?
35. Wie ertragen Sie das Warten?
36. Wann kommen Todesgedanken oder Selbstmordgedanken bei Ihnen auf?
37. Für welche Nahrungsmittel und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe?
 - Süßigkeiten, süßes Gebäck, gezuckerte Speisen, saure Dinge, gewürzte Dinge, schwere und fette Speisen, Butter, Brot, Obst, Fisch, Fleisch, Kaffee, Wein, Bier, Salz, etc.?
38. Gegen welche Speisen und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Abneigung?
39. Welche Speisen und Getränke machen Sie krank, d. h. ertragen Sie nicht?
40. Welches ist Ihre bevorzugte Schlafstellung? Wie legen Sie Arme, Beine, Kopf (viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht)?
41. Manche Leute reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf, schrecken auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund. Wie ist es bei Ihnen?
42. Wann erwachen Sie? Wann stehen Sie auf?
43. Welche Stunden nachts sind Sie schlaflos? Wann im Verlauf des Tages sind Stunden der Schläfrigkeit und welchen Umständen schreiben Sie das jeweils zu?
44. Erzählen Sie mir jene Träume, die bei Ihnen öfter vorkommen.
45. In welchem Alter begann die Periode bei Ihnen? Wie oft kommt sie, wie stark, wie regelmäßig? Ihre Dauer, die Farbe, wie sieht sie aus und wie sieht das Blut aus?
 - Nennen Sie mir die Tages- oder Nachtstunde, zu der sie am stärksten fließt. Wie fühlen Sie sich vor, während und nach der Periode körperlich und gemütsmäßig? Wie ist die Gemütsstimmung vor, während und nach der Periode?
46. Was ist Ihnen über Nerven- und Geisteskrankheiten, schwere Krankheiten wie Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs etc. in Ihrer Familie bekannt?
47. Machen Sie mir etwas detailliertere Angaben über das, was Sie zu Ihren Mahlzeiten essen und trinken.
48. Um wie viel Uhr gehen Sie zu Bett? Machen Sie mir auch etwas detaillierte Angaben über Ihr Tagesprogramm, Aktivität, Ausruhpausen, Vergnügen und Erholung.
49. Ihr Gewicht?
50. Nennen Sie mir nun auch noch diejenigen Störungen, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.