

Homöopathischer Fragebogen für Kinder

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Geburtsort _____
Straße _____	Geburtszeit _____
PLZ/ Ort _____	Tel. privat _____
Geschwister _____	Tel. geschäftl. _____
E- Mail _____	Versicherung _____
Mutter – Name/Vorname/Alter: _____	/
Vater – Name/Vorname/Alter: _____	/

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes nach den Regeln der konstitutionellen Homöopathie. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle - schon früher aufgetretenen Krankheiten und Auffälligkeiten sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Bitte bringen Sie für Ihren ersten Termin folgende Unterlagen in Kopie mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Gelbes Untersuchungsheft
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen (Sollten Sie ihn noch nicht geschickt haben)
- Beipackzettel der Medikamente, die Ihr Kind zur Zeit einnimmt
- Ein Foto Ihres Kindes

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

**Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind
in homöopathische Behandlung?**

Seit wann gibt es diese Beschwerden?

Wo genau sind sie, sofern bestimmbar? Wie fühlen sich die Schmerzen an
(falls vorhanden und beschreibbar ?)

**Was verschlimmert die Beschwerden? Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die
Beschwerden schlimmer / besser sind? Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation,
Umzug, Schulwechsel usw.

**Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden
und wenn, welche? Bitte bringen Sie die Berichte/Befunde zur Erstkonsultation in Kopie
mit.**

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?
(Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit.)

Hat Ihr Kind jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. Z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinleiden, Krebs, Suchtkrankheiten, Allergien Geschlechtskrankheiten, Neurodermitis, Schuppenflechte

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____

Schwangerschaft und Geburt:

Untersuchungen (Ultraschall, Fruchtwasser usw.), Verlauf der Schwangerschaft (Übelkeit, Erbrechen, vorzeitige Wehen usw.), Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Erkrankungen, Unfälle, Ängste, Aufregung, Fehl-, Früh-, Totgeburten, Nikotin, Alkohol, Drogen, Blutungen, Entbindung Termingerecht, Narkose, PDA, Lage des Kindes, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt.

Geben Sie bitte Gewicht, Größe und Kopfumfang bei der Geburt an!

Neugeborenenperiode:

Apgar, Sauerstoffmangel, Farbe, Nabelschnur, Blutungen, Brüche, Gelbsucht, Nabelbruch, Leistenbruch, Storchenbiss, auffällige Behaarung, Nabelentzündung, Schiefhals, Stillprobleme, Stilldauer, Medikamente während der Stillzeit (auch die Mutter), Speikind, Blähungen usw.

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? _____

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? erhöhte Infektanfälligkeit, Fieber, Unruhe, Krämpfe, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Hautveränderungen, Magen- Darm Beschwerden, Schreianfälle, Verhaltensauffälligkeiten, Wesensveränderungen, Asthma, Allergien, Fieber, Entzündung der Einstichstelle?

Entwicklung im ersten Lebensjahr: Zahnungsbeschwerden, wann konnte Ihr Kind den Kopf heben, sitzen, krabbeln, laufen, wann hat es durchgeschlafen usw.

Sprachentwicklung: Stottert oder lispelt Ihr Kind? Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sauberkeitsentwicklung: Tags, nachts usw. _____

Welche Infektionskrankheiten/ Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

In welchem Alter? Hat es Medikamente bekommen?

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch?

Hatte es schon einmal einen Fieberkrampf?

Von Kopf bis Fuß: Kopf: Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel,
Nasennebenhöhlenentzündungen usw. _____

Augen: Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss, Bindehautentzündung,
Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

Nase: Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit,
Nasenbluten usw.

Ohren: Mittelohrentzündung (welche Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen,
Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohringe getragen usw.

Mund: Geschmack, Geruch, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen/
Mundwinkeln, Farbe/ Belag der Zunge, Soor usw.

Zähne: Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies, erster Zahn _____

Hals/ Kehlkopf: Mandelentzündung (welche Seite?), Heiserkeit, Pseudokrupp usw. _____

Lunge: Husten, Bronchitis, Auswurf, Lungenentzündung, Asthma usw. _____

Bewegungsapparat: Schmerzen, Steifigkeit, Krämpfe, Brüche, kalte Hände/ Füße, schwitzige
Hände/ Füße, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

Magen- Darm-Trakt: Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen,
Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis usw.

Stuhlgang: Täglich, jeden ___ Tag. Farbe _____ Konsistenz _____

Geruch _____.

Urogenitaltrakt: Schmerzen, Juckreiz, Blasen-/ Nierenentzündung, Urinmenge, Farbe, Geruch usw.

Genitalien: Bei Jungen: Hodenhochstand, Phimose. Bei Mädchen: Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.

Haut: Trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben Muttermale, Reaktionen auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung usw.

Haare: Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.

Nägel: Flecken, Rillen, Nagelbettentzündung, eingewachsene Nägel, Nägelkauen usw.

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, offener Mund, Bettnässen, Schlaflage, Schlafzeit, usw.

Appetit: Keinen, wenig, viel, Heißhunger, Essstörungen, ungewöhnliche Tageszeiten _____

Nahrungsmittelverlangen/ Lieblingsessen: _____

Nahrungsmittelabneigung:

Durst: Keinen, viel, wenig, freiwillige Trinkmenge pro Tag _____, Was trinkt Ihr Kind gerne?

Schweiß: Keinen, wenig, viel, wann, wo, an welchen Körperstellen, Geruch usw. _____

Stimmung, Temperament: Ausgeglichen, fröhlich, traurig, depressiv, weinerlich, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, offen, schüchtern

Wovor hat Ihr Kind Angst? Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Geister, Räuber, Höhe, Wasser, Gewitter, Prüfungen, Spritzen usw.

Allgemeines und einzelne Fragen:

Bitte Nennen Sie:

- Lieblingsfarbe:
- Lieblingstier:
- Lieblingsmärchen:
- Hobbies und Interessen:

Besucht Ihr Kind die Krabbelgruppe, den Kindergarten oder die Schule?

Geht es dort gern hin? Gibt es dort Probleme?

- Rechts/ Linkshänder
-

- Friert Ihr Kind leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes/ schwitziges Kind?
-

- Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?
-

- Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, übelriechend)? Wann? Wo am Körper?
-

- Trägt Ihr Kind enganliegende Kleidung, Kragen, enge Gürtel, Lätzchen?
-

- Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?
-

- Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, Krankenhausaufenthalte?
-

- Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen, Jahreszeiten, den Mond?

Frühkindliche Entwicklung

- Wie ausgeprägt war die Krabbelphase?

- Wann lief Ihr Kind eigenständig?

- Wie verlief die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes? erste Worte, erste Sätze

Träume

- Berichtet Ihr Kind gelegentlich von seinen Träumen?
- Hat es Alpträume? Wenn ja, welcher Art?

- Befindet sich Ihr Kind tagsüber oft in seinen Träumen?
- Beschreiben Sie seine Traumwelt!

Charakter und Sozialverhalten

· Bitte beschreiben Sie die wesentlichen Charakterzüge Ihres Kindes.

· Was kann Ihr Kind gut? Was fällt Ihrem Kind schwer?

· Was schätzen Sie an Ihrem Kind? Womit haben Sie Schwierigkeiten?

· Gibt es innerhalb Ihrer Familie wiederkehrende Probleme und Konflikte?
Bitte beschreiben Sie diese genau.

· Spielt Ihr Kind überwiegend mit gleichaltrigen, jüngeren oder älteren Kindern?
Hat Ihr Kind Freunde? Fällt es ihm leicht, Freundschaften zu schließen?

· Wie verhält sich Ihr Kind in Beziehung zu anderen Kindern?
Übernimmt es eher die führende Rolle oder ordnet es sich ein?

· Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind mit einer Sache? Wechselt es die Spiele schnell?
Spielt es die Spiele überwiegend zu Ende oder bricht es sie häufiger ab?

· Wie wird seine Konzentrationsfähigkeit vom Erzieher oder Lehrer eingeschätzt?

· Ordnet Ihr Kind seine Spielsachen etc. oder fühlt es sich auch im Chaos wohl?
Sammelt es viele Dinge?

· Wird Ihr Kind schnell wütend? Was macht es wütend? Wie zeigt sich seine Wut?
Wie gehen Sie damit um?

Wie würden Freunde, Bekannte und Lehrer Ihr Kind charakterisieren?

· Was erhoffen Sie sich von der homöopathischen Behandlung?
In welchem Bereich seines Gemütes braucht Ihr Kind Ihrer Meinung nach Unterstützung?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!