

Homöopathischer Fragebogen für Kinder

Datum der Erstanamnese _____

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ Haarfarbe _____

Kranken-Vers. _____ Telefon _____

Bitte ein Farbfoto Ihres Kindes beilegen.

<p>1. Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?</p> <p>Seit wann?</p> <p>Wodurch ausgelöst?</p> <p>Wo genau lokalisiert?</p> <p>Wie fühlen sich die Beschwerden an?</p> <p>Was verbessert, was verschlimmert?</p> <p>Was beeinflusst die Beschwerden?</p> <p>Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden auftreten?</p>	
--	--

2. Diagnosen

Welche Diagnosen wurden von Ärzten gestellt? Berichte und Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

3. Familienvorgeschichte

Gibt oder gab es in Ihrer Familie Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Krebs, Rheuma, Nervenleiden, Leber-Galle-Erkrankungen, Gemütskrankheiten, Alkoholismus, TBC, Suizid, Allergien, Hautausschläge, Geschlechtskrankheiten, oder anderes?

Mutter:

Vater:

Großeltern der Mutter:

Großeltern des Vaters:

Geschwister, Tanten, Onkel:

4. Schwangerschaft, Geburt und Säuglingsperiode

Gab es Fehlgeburten oder Infertilitätsprobleme?

Wie verlief die Schwangerschaft? Gab es Aufregungen, Komplikationen, schockartige Ereignisse, Schwangerschaftserbrechen, Blutungen, Erkrankungen? Wie ging es Ihnen emotional?

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes? Welche Medikamente wurden verabreicht?

Beschwerden, Erkrankungen in der Neugeborenenperiode? Stillprobleme? Nabelentzündung? Blähungskoliken? Windeldermatitis?

War Ihr Kind apathisch oder hat es ständig geschrien?

Haben Sie während der Stillphase Medikamente erhalten oder Impfungen?

Wie verhielt sich Ihr Kind beim Stillen? Hat es gierig getrunken, schlief es zwischendurch ein oder hatte es eine Abneigung zu trinken?

Wurde Ihr Kind geimpft und gab es Reaktionen darauf wie z.B. Fieber, Hautausschläge, Verhaltensänderungen?

Hat sich Ihr Kind altersentsprechend entwickelt oder gab es Auffälligkeiten bezüglich des

Wachstums, Laufenlernens, Sprechenlernens oder während der Zahnung? Gab es Ernährungsstörung, Würmer, Läuse, Tics?

Gibt es eine Neigung zu bestimmten Erkrankungen, z.B. eine Neigung zu häufigen Infekten, Mittelohrentzündungen, Mandelentzündungen, Bindehautentzündungen, Polypen, Hauterkrankungen, Bronchitiden, Verdauungsstörungen, Allergien, Krämpfen, Tics?

Wenn ja, bitte beschreiben Sie genau die Symptome.

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? Wie hoch?

Nehmen Sie besondere Gerüche an ihrem Kind wahr? Wo am Körper?

Läßt sich ihr Kind gerne baden?

Wie reagiert Ihr Kind auf Kälte, Hitze, Zugluft, Wind? Bei welchem Wetter und welcher Temperatur fühlt es sich wohl?

Schwitzt Ihr Kind schnell oder viel – wenn ja, bei welchen Anlässen und an welchen Körperpartien (Kopf, Gesicht, Nacken, Hände, Füße usw.)?

Wie reagiert es bei Schmerzen oder wenn es krank ist?

Gibt oder gab es Phasen nächtlichen Bettnässens oder unwillkürlichen Einkotens?

5. Kinder-Krankengeschichte bis heute

Bitte notieren Sie in zeitlicher Reihenfolge das Auftreten von Erkrankungen Ihres Kindes.

Welche Operationen wurden vorgenommen? Warum und wann?

Falls es in den folgenden Bereichen schon einmal Beschwerden bei Ihrem Kind gab, so unterstreichen Sie bitte das Organ und beschreiben kurz, welcher Art die Erkrankung war:

Kopf, Gehirn, Augen, Ohren, Nase, Kiefer- und Nasennebenhöhlen, Mund, Zähne, Rachen, Kehlkopf, Mandeln, Schilddrüse, Bronchien, Lunge, Brust, Herz, Magen, Darm, Anus, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Milz, Nieren, Blase, Geschlechtsorgane, Gelenke, Wirbelsäule, Knochen, Sehnen, Haut, Haare, Nägel, Blut, Gefäße, Drüsen, Nerven, Gemüt.

Wie verläuft die Wundheilung?

Leidet Ihr Kind unter Nasenbluten?

Wie ist die Gesichtsfarbe?

Gibt oder gab es Warzen, wenn ja, wo?

Ist Ihr Kind eher schlank oder übergewichtig?

6. Appetit und Verdauung

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

Wie ist der Durst?

Welche Speisen isst Ihr Kind sehr gerne?

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht?

Gibt es Speisen oder Getränke, die unverträglich sind?

Treten Erscheinungen auf, wenn es längere Zeit nichts gegessen oder getrunken hat? Wenn ja, welche?

Gibt es Situationen, die Ihrem Kind auf den Magen schlagen können? Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind unter Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen oder Sodbrennen?

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang?

Welche Konsistenz hat der Stuhl? Ist Farbe oder Geruch auffällig?

7. Schlaf

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes?

Was ist die bevorzugte Schlafposition?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit es gut schläft?

Gibt es Auffälligkeiten wie Schlafen mit offenem Mund, Ängste, Ruhelosigkeit, Reden, Lachen, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Schwitzen, Frösteln oder anderes während des Schlafens oder bestimmte Schlafrituale?

Wovon träumt Ihr Kind, gibt es Angst- oder Albträume? Wenn ja, welche?

Gibt es Traum inhalte, die sich wiederholen? Wenn ja, welche?

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf Licht, Dunkelheit, Geräusche oder Berührung?

8. Gemüt

Welche Ängste kennen Sie bei Ihrem Kind? (vor bestimmten Tieren, vor Fremden, vor Gespenstern, im Dunkeln, vor Dieben, vor Neuem, in der Schule, vor Versagen, vor Verlust usw.)

Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind?

Was macht Ihr Kind wütend?

Ist Ihr Kind leicht ermüdbar oder schreckhaft?

<p>Wie ist sein Selbstwertgefühl? Hat es wenig oder viele Hemmungen?</p> <p>Neigt Ihr Kind zu Stimmungsschwankungen oder depressiven Phasen?</p> <p>Was war bisher der größte Kummer für Ihr Kind?</p> <p>Findet Ihr Kind leicht Kontakt oder spielt es lieber alleine?</p> <p>Welche Rolle hat es, wenn es in einer Gruppe spielt: Führend, sich anpassend oder außenstehend?</p> <p>Wie reagiert Ihr Kind, wenn Sie weggehen?</p> <p>Wie verhält sich Ihr Kind bei Zurechtweisung oder Ermahnung?</p> <p>Wie reagiert es auf Widerspruch?</p> <p>Will Ihr Kind getröstet werden oder zieht es sich eher zurück bei Streit und Kummer?</p> <p>Was macht Ihrem Kind Freude und womit beschäftigt es sich gerne?</p> <p>Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit?</p> <p>Ist es ehrgeizig und stellt hohe Ansprüche an sich?</p> <p>Gibt es schulische Probleme oder Lernschwierigkeiten (Lesen, Rechnen, Schreiben)?</p>	
---	--

Wie ausgeprägt ist der Bewegungsdrang Ihres Kindes?

Beschreiben Sie bitte das Wesen Ihres Kindes und Merkmale, die absolut typisch für Ihr Kind sind!

Wie würden Freunde, Verwandte oder Lehrer Ihr Kind charakterisieren?

Legt Ihr Kind wert auf sein äußeres Erscheinungsbild?

Wie ausgeprägt ist der Ordnungssinn Ihres Kindes?

Welche Spiele oder Spielsachen bevorzugt Ihr Kind?

Gibt es einen Lieblingsfilm oder ein Lieblingsbuch? Wenn ja, worum geht es?

Ist Ihr Kind ruhelos, zappelig oder ungeschickt?

Wie ist das Sozialverhalten Ihres Kindes?

Falls jüngere Geschwister vorhanden sind: Wie hat Ihr Kind auf die Veränderung reagiert?

In welchem Bereich liegen die Fähigkeiten Ihres Kindes?