

## **FRAGEBOGEN ZU HOMÖOPATHISCHEN BEHANDLUNG VON KINDERN**

*Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alles, was Sie mir evtl. nicht schriftlich mitteilen möchten, können Sie mir im Behandlungsgespräch mitteilen.*

---

*Name des Kindes*

---

*Strasse*

---

*PLZ, Ort*

---

*Telefon, Fax*

---

*Geburtsdatum und -ort*

---

*Name der Mutter, Alter*

---

*Name des Vaters, Alter*

---

*Geschwister, Alter*

---

*Krankenkasse, Zusatzversicherung*

*Was ist die Hautbeschwerde Ihres Kindes?*

*Wann fingen Ihre Beschwerden an? Gab es Auslöser?*

*Was verschlimmert oder verbessert diese Beschwerden?*

*Wurden schon Behandlungen Ihrer Beschwerden vorgenommen? Wenn ja, welche?*

*Hat Ihr Kind gleichzeitig noch weitere Beschwerden?*

*Welche Medikamente nimmt ihr Kind für diese Beschwerde?*

**Bitte beantworten Sie stichwortartig die folgenden Fragen (bitte nutzen Sie dazu den zur Verfügung stehenden Raum auf der Seite rechts).**

1. Schwangerschaft und Geburt:

- War die Schwangerschaft geplant?
- Gab es vorher Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten?
- Gab es während der Schwangerschaft Unfälle, Aufregungen, schockartige Erlebnisse o.ä.?
- Gab es während der Schwangerschaft Impfungen oder andere medizinische Eingriffe?
- Medikamente/Drogen während der Schwangerschaft?
- Litt die Mutter unter Schwangerschaftserbrechen oder anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen?
- War die Geburt termingerecht?
- War es eine normale Geburt oder Kaiserschnitt?
- Lage des Kindes?
- Wie verlief die Geburt?
- Sonstiges?

2. Neugeborenenperiode:

- Geburtsgewicht, Kopfumfang, Größe?
- Gab es Nabelschnurstrangulierung, Sauerstoffunterversorgung, etc?
- Neugeborenenengelbsucht?
- Wurde das Kind gestillt? Wie lange?
- Wurde das Kind in den ersten Wochen geimpft?  
Gab es Reaktionen des Kindes darauf?
- Trank das Kind gut?
- Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

3. Entwicklung

- Liegt oder lag eine Behinderung vor?
- Wann fing das Kind an zu sprechen?  
zu laufen?
- Wann schlossen sich die Fontanellen?

- Wann lernte Ihr Kind, auf die Toilette zu gehen?
- Sonstiges?

#### 4. Kinderkrankheiten

- Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bisher?
- Wie wurden sie behandelt?
- Gab es Komplikationen?
- Bei Kinderkrankheiten mit Hautausschlag: Wie stark trat dieser auf?
- Sonstiges?

#### 5. Impfungen

- Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? Wann?
- Gab es Reaktionen? (z.B. Fieber, Schreikrämpfe, Persönlichkeitsveränderungen, Krämpfe, Schlafsucht, Hirnhautentzündung, etc.)

#### 6. Allgemeines

- Ist Ihr Kind dick? Oder mager? Isst es viel oder wenig? Hat es Heißhunger?
- Ist ihr Kind empfindlich gegen Gerüche/Geräusche/helles Licht?
- Haben Sie an Ihrem Kind schon besondere Gerüche, mit oder ohne Absonderungen, wahrgenommen? (z.B. sauer, muffig, fischig, etc.)
- Gibt es Abneigung oder Unverträglichkeit bestimmter Kleidung?
- Badet Ihr Kind gerne?
- Ist ihr Kind berührungsempfindlich oder besonders kitzelig?
- Sonstiges?

#### 7. Schlaf

- In welcher Position schläft Ihr Kind?
- Wie deckt es sich zu? Streckt es die Füße aus dem Bett?
- Hat es nachts Speichelfluss? Knirscht es mit den

### *Zähnen?*

- *Spricht es im Schlaf?*
- *Gibt es Alpträume oder wiederkehrende Träume?*
- *Tritt Bettnässen auf?*
- *Schlafwandelt Ihr Kind?*
- *Schwitzt Ihr Kind im Schlaf? Wenn ja: wo und wie riecht der Schweiß?*
- *Gibt es Probleme mit durchschlafen, einschlafen, o.ä. ?*
- *Sonstiges?*

### 8. Essen und Trinken

- *Wie ist der Appetit Ihres Kindes?*
- *Und der Durst?*
- *Sonstiges?*

### 9. Kopf

- *Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?*
- *Neigt Ihr Kind zu Schwindel?*
- *Gibt oder gab es Milchschorf, Schuppen oder Läuse?*
- *Gibt oder gab es Hautausschläge im Gesicht?*
- *Gibt oder gab es Augenentzündungen?*
- *Fehlsichtigkeit?*
- *Leidet Ihr Kind unter wiederkehrenden Mittelohrentzündungen? Gibt es Absonderungen aus den Ohren?*
- *Werden Ohrringe getragen?*
- *Besteht Heuschnupfen?*
- *Gibt oder gab es Polypen?*
- *Tritt Nasenbluten auf? Wie häufig?*
- *Wie war die Zahnung? Gab es Probleme?*
- *Sonstiges?*

### 10. Hals und Atmungsorgane

- *Hatte Ihr Kind schon Mandelentzündungen? Wie oft?*

- Hatte Ihr Kind schon Pseudokrupp/Krupp/Keuchhusten/Lungenentzündung?
- Leidet Ihr Kind oft unter Husten?
- Hat Ihr Kind Asthma?
- Sonstiges?

### 11. Herz/Kreislauf

- Gibt es angeborene Herzfehler?
- Fällt Ihr Kind leicht in Ohnmacht?
- Hat Ihr Kind Herzklopfen, Herzschmerzen, Herzflattern?
- Sonstiges?

### 12. Verdauung

- Hat Ihr Kind häufig Blähungen?
- Treten oft Bauchschmerzen oder Krämpfe auf?
- Hatte Ihr Kind schon mal Würmer?
- Neigt es zu Durchfall oder Verstopfung?
- Gibt oder gab es häufiges Erbrechen?
- Bestand als Baby Windeldermatitis?
- Gab es Dreimonatskoliken?
- Sonstiges?

### 13. Niere/Blase

- Gibt es angeborene Fehlbildungen?
- Nässt Ihr Kind nachts oder tagsüber ein?
- Gab es Erkrankungen der Harnwegsbereiche?
- Gibt es Probleme beim Wasser lassen?
- Sonstiges?

### 14. Genitalien

- Bei Jungen: Gab es einen Hodenhochstand? Musste eine Phimose behandelt werden?
- Bei Mädchen: Gibt es Scheidenausfluss? Gab es schon eine erste Regelblutung?
- Sonstiges?

### 15. Bewegungsapparat/Extremitäten

- Gibt es Wachstumsprobleme?
- Gab es Knochenbrüche? Sind diese gut verheilt?
- Bestehen motorische Unsicherheiten, z.B. Fallneigung, stolpern, Ungeschicklichkeit?
- Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln?
- Sonstiges?

### 16. Haut

- Hat oder hatte Ihr Kind Warzen?
- Gibt es Flecken oder Verfärbungen der Haut?
- Gibt es Juckreiz oder andere Hautausschläge?
- Wie reagiert Ihr Kind auf Insektenstiche?
- Heilt die Haut gut bei kleinen Wunden?
- Gibt es vermehrte Körperbehaarung?
- Gibt es Allergien der Haut?
- Bekommt Ihr Kind leicht blaue Flecken?
- Blutet Ihr Kind auch bei kleineren Verletzungen leicht?
- Sonstiges?

### 17. Schweiß

- Schwitzt Ihr Kind leicht oder wenig?
- An welchen Körperstellen schwitzt es besonders?
- Hat der Schweiß einen besonderen Geruch? Färbt er die Wäsche?
- Sonstiges?

### 18. Gemüt

- Weint Ihr Kind leicht? Was bringt es zum weinen? Mag es Trost?
- Was macht Ihr Kind wütend? Wie drückt Ihr Kind seine Wut aus? Wird es leicht wütend?
- Hat Ihr Kind Angst vor bestimmten Tieren? Wie steht es mit anderen Ängsten, z.B. vor Dunkelheit, Räubern, Geistern, oder vor anderen Dingen?
- Ist Ihr Kind leicht erregbar, unruhig, zappelig?

- Ist Ihr Kind schüchtern? Wie verhält es sich zu Fremden?
- Wie ist das Sozialverhalten Ihres Kindes? Spielt es lieber alleine oder mit Freunden?
- Steht Ihr Kind gerne im Mittelpunkt des Geschehens?
- Liebt Ihr Kind Musik/tanzen?
- Hat Ihr Kind Lernprobleme? Oder Konzentrationsprobleme?
- Ist Ihr Kind ordentlich oder unordentlich?
- Welche Hobbies hat Ihr Kind?
- Sonstiges?

**Auf den folgenden Seiten finden Sie Dinge oder Situationen, denen man im täglichen Leben ausgesetzt ist. Bitte markieren Sie in den Kästchen, ob und wie diese Dinge das Allgemeinbefinden oder die Beschwerden Ihres Kindes beeinflussen.**

	sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ	Art der Auswirkung
Wetterwechsel						
Warmes Wetter						
Kaltes Wetter						
Trockenes Wetter						
Feuchtes Wetter						
Schwüles Wetter						
Pralle Sonne						
Vollmond						
Gewitter						
Sturm						
Regen						
Kühle Räume						
Warme Räume						
Sauna						
Bettwärme						
Enge Räume						
Offene Plätze						
Zugluft						
Tabakrauch						
Seeluft, am Meer						
Im Gebirge						
Frühling						
Sommer						
Herbst						
Winter						
Liegen						

	<i>sehr positiv</i>	<i>positiv</i>	<i>neutral</i>	<i>negativ</i>	<i>sehr negativ</i>	<i>Art der Auswirkung</i>
<i>Stehen</i>						
<i>Sitzen</i>						
<i>Ruhe</i>						
<i>Bewegung</i>						
<i>Anstrengung</i>						
<i>Trost</i>						
<i>Weinen</i>						
<i>Zeitdruck</i>						
<i>Leistungsdruck, Prüfungen</i>						
<i>Wochenende, Urlaub</i>						
<i>Allein sein</i>						
<i>Menschenmengen</i>						
<i>Gesellschaft</i>						
<i>Helles Licht</i>						
<i>Dunkelheit</i>						
<i>Geräusche</i>						
<i>Gerüche</i>						
<i>Musik</i>						
<i>Tanzen</i>						
<i>Berührung</i>						
<i>Druck</i>						
<i>Enge Kleidung</i>						
<i>Reisen</i>						
<i>Morgens</i>						
<i>Mittags</i>						
<i>Nachmittags</i>						
<i>Abends</i>						
<i>Nachts</i>						
<i>Insektenstiche</i>						
<i>Tiere (evtl.: welche?)</i>						
<i>Auto fahren</i>						
<i>Schiff fahren</i>						
<i>Fliegen</i>						
<i>Hohe Orte (Türme, etc)</i>						
<i>Fahrstuhl fahren</i>						
<i>Brücken</i>						
<i>Vor dem Essen</i>						
<i>Während dem Essen</i>						
<i>Nach dem Essen</i>						
<i>Hunger</i>						
<i>Warme Getränke</i>						
<i>Kalte Getränke</i>						
<i>Schlaf:</i>						
<i>Bauchlage</i>						
<i>Rückenlage</i>						
<i>Seitenlage</i>						
<i>Nach dem Aufwachen</i>						
<i>Schwitzen tags</i>						
<i>Schwitzen nachts</i>						

## Nahrungsmittel

Bitte geben Sie hier an, wie gerne oder ungerne Ihr Kind etwas mag (Verlangen oder Abneigung unabhängig von gesundheitlichen Erwägungen). Bitte geben Sie auch an, falls ein Nahrungsmittel bei Ihrem Kind Unverträglichkeitsreaktionen auslöst und wenn ja, welche. Bitte kennzeichnen Sie den Grad von Verlangen/Abneigung/Unverträglichkeit mit einer Anzahl von Kreuzen:

**XXX** = sehr stark

**XX** = stark

**X** = etwas

<b>Nahrungsmittel</b>	<b>Verlangen</b>	<b>Abneigung</b>	<b>Unverträglichkeit</b>
Bitteres			
Salziges			
Süßes			
Schokolade			
Saures			
Scharfes			
Warme Speisen			
Kalte Speisen			
Mayonnaise			
Fett, Butter			
Sahne			
Fisch			
Fleisch			
Milch			
Gemüse			
Salat			
Obst			
Orangen			
Gebratenes			
Geräuchertes			
Chips			
Eier			
Kohl			
Zwiebeln			
Kartoffeln			
Knoblauch			
Oliven			
Brot			
Nudeln			
Mehlspeisen			
Tee			
Kalte Getränke			
Warme Getränke			

Sonstiges:

-----

-----

-----

## Familiengeschichte

Bitte führen Sie im folgenden die Erkrankungen auf, die in der Familie Ihres Kindes vorkommen bzw. vorgekommen sind. Von Bedeutung sind hier vor allem die folgenden Erkrankungen:

*Krebs, Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe/Tripper, Geisteskrankheiten, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Epilepsie, Diabetes, Aids, Unfruchtbarkeit, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Rheuma, Gicht, Asthma, Alkoholismus u.a. Süchte, Fehlgeburten, Missbildungen bzw. angeborene Anomalien, etc.*

Mutter:

-----

Vater:

-----

Geschwister:

-----

Großmutter mütterlicherseits:

-----

Großvater mütterlicherseits:

-----

Großmutter väterlicherseits:

-----

Großvater väterlicherseits:

-----

Onkel oder Tanten:

-----