



PATIENTENFRAGEBOGEN

Kinder

Für eine erfolgreiche homöopathische Behandlung ist es wichtig, dass Sie mir so genau wie möglich mitteilen, welche Beschwerden Ihr Kind bisher gehabt hat, welche Impfungen vorgenommen wurden und welche Krankheiten in Ihrer Familie aufgetreten sind. Mein Ziel ist, Ihnen dabei zu helfen und das für Ihr Kind am besten geeignete homöopathische Arzneimittel herauszufinden. Um dieses zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome gefunden,

d.h. wenn ich ein wirksames Mittel für Ihr Kind herausfinden soll, so muss ich alle Einzelheiten Ihrer Erkrankung kennen.

Ebenso sollte ich alle Charakterzüge der Persönlichkeit Ihres Kindes, d.h. die Reaktion und Verhaltensweise unter den verschiedenen Umständen, ebenso die Vergangenheit und die Vorgeschichte Ihrer Familie und den Zustand des Geistes und des Gemütes kennen. Die Kenntnisse dieser Umstände ermöglichen mir, das Mittel zu finden, was dann zur Besserung oder Heilung der Krankheit Ihres Kindes führen soll. Als positiven Nebeneffekt wird das Mittel auch den Gemütszustand Ihres Kindes positiv beeinflussen.

Um einen möglichst umfassenden Einblick über Ihr Kind zu erfahren, werde ich eine Menge Fragen stellen. Jede dieser Fragen hat ihre Berechtigung für mich, auch wenn sie ähnlich oder gleich erscheinen mögen. Auch Dinge, von denen Sie denken, dass sie nichts mit der Hauptbeschwerden zu tun haben, können von höchster Bedeutung für die Auswahl des Mittels sein.

Deshalb sollten Sie oder, wenn möglich, lieber noch Ihr Kind ganz frei und ungehemmt eine möglichst vollständige Beschreibung jedes einzelnen Punktes geben.

Es hat sich als hilfreich erwiesen, wenn mir diese Informationen in Form des ausgefüllten Fragebogens vorliegen, denn erfahrungsgemäß werden in Gesprächen einige wichtige Details leicht mal vergessen. Der Fragebogen bietet ihnen die Möglichkeit in aller Ruhe zu Hause zu reflektieren, was Sie und Ihr Kind bisher für Erkrankungen hatten. Auch können Sie möglicherweise noch Erkundigungen in der Familie einholen.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf einer Extraseite und setzen die jeweilige Aufzählungszahlen davor, z.B. 1.1, 1.2, ...

Selbstverständlich wird alles, was Sie mir mitteilen, sei es in mündlicher oder schriftlicher Form, streng vertraulich behandelt und unterliegt dem personenbezogenen **Datenschutz**, bzw. der gesetzlichen **Schweigepflicht des Heilpraktikers**.



VERTRAULICH

Alle die hier mitgeteilten Informationen werden streng vertraulich betrachtet und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht des Heilpraktikers.

Vorname und Nachname des Kindes Datum

Vorname und Nachname der Eltern Familienstand

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Familie – lebt überwiegend bei der Mutter / dem Vater / den Pflegeeltern

Telefon privat mobil

E-Mail Geburtsdatum des Kindes

derzeitige aushäusige Betreuung – Kindergarten / Schule / sonstiges

Beschreiben Sie die Geschwisterreihenfolge, incl. evt. verstorbener Geschwister

Nr.	Bruder/Schwester	Alter	lebend/tot	Erkrankungen, an denen sie gelitten haben oder noch leiden



1. Frühere Erkrankungen und eingenommene Medikamente

- 1.1. Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten? Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Impfpasses dem Fragebogen bei.
- 1.2. Gab es irgendeine Reaktion oder Beschwerde nach irgendeiner der Impfungen?
- 1.3. Welche Infektionskrankheiten/Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? (z.B. Pocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Kinderlähmung, Röteln, Mumps, Kinderlähmung, Ruhr, Typhus, Cholera, Malaria, Tropenkrankheiten, Masern, Grippe, Zecken, Allergie, Asthma, Tuberkulose, Gelbsucht, Windpocken, Erkrankungen der Leber, Milz, Gallenblase, Rachitis, Rheumatismus, Rückenschmerzen, Lumbalpunktion, Geschlechtskrankheiten, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schwindel, Nierenentzündungen, Diabetes, Prostatabeschwerden, jegliche Operationen, häufige Erkältungskrankheiten, Fieber, Schüttelfrost, Lungenentzündung, Asthma, TBC, psychische Erkrankungen, chronische Kopfschmerzen, Krämpfe, Anfälle, Epilepsie, Paralyse, Meningitis, Krebserkrankungen, Hauterkrankungen, Alkoholismus, Allergien, Nahrungsmittelvergiftung, Geschlechtskrankheiten usw.)
Bitte geben Sie die Erkrankung mit Datum an!
- 1.4. Liegt eine bestimmte körperliche Anlage oder erhöhte Empfänglichkeit für eine bestimmte Krankheit vor?
- 1.5. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Was war der Anlass?
- 1.6. Gab es schwere Unfälle oder Verletzungen des Körpers oder des Kopfes?
- 1.7. Werden Medikamente eingenommen? Welche?
- 1.8. Welche Medikamente wurden in der Vergangenheit eingenommen?
- 1.9. Hat Ihr Kind irgendwelche „lieb gewonnenen“ Gewohnheiten, z.B. naschen, fernsehen, Computer/Spielkonsole spielen? Wenn ja, in welchem Umfang?

2. Familieninformationen

Beispiele:

Anämie	Diabetes	Paralyse	Geisteskrankheiten	Lebererkrankungen
Rheuma	Krebs	Pleuritis	Multiple Sklerose	Nierenerkrankungen
Epilepsie	Lepra	Nesselsucht	Bluthochdruck	Herzerkrankungen
Asthma	Ekzem	Tuberkulose	Blutungsneigung	usw.

Verwandschaft	Alter	Erlittene Erkrankung	Todesursache
Vater			
Großvater, väterlicherseits			
Großmutter, väterlicherseits			
Onkel, väterlicherseits			
Tante, väterlicherseits			
Mutter			
Großvater, mütterlicherseits			
Großmutter, mütterlicherseits			
Onkel, mütterlicherseits			
Tante, mütterlicherseits			
Cousins, väterl. / mütterl.			
Cousinen, väterl. / mütterl.			



3. Persönliche Geschichte

Über die Geburt:

3.1 Hatten Sie irgendwelche Probleme während der Schwangerschaft?

Impfungen, Blutgruppenunverträglichkeiten, Bluttransfusionen, Infekte, sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse, OP, Zahnbehandlungen, vorausgegangene Fehl- oder Totgeburten, Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente, wehenhemmende/-fördernde Mittel, Schwangerschaftserbrechen (wie lange); Entbindung termingerecht?, Schwangerschaftsdepressionen usw.

3.2 Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt?

Entbindung mit Saugglocke o. Zange o. Kaiserschnitt, Nabelschnurstrangulierung, Gelbsucht, Nabel-/Leistenbruch, Schiefhals; als Säugling apathisch o. geschrien; gestillt – wie lange; hat die Mutter während dieser Zeit Medikamente eingenommen? Wie lange?

3.3 Wie war die Zeit nach der Geburt?

Atmung, Muskeltonus, Hautkolorit, Trinkverhalten, Reflexverhalten, Art des Schreiens beim Neugeborenen

3.4 In welchem Alter begann Ihr Kind zu ...

Zahnen		Urinkontrolle (Bettnässen usw.)	
Sitzen		Essen von unverdaulichen Dingen, wie Kalk, Erde, Kreide, Papier usw.	
Laufen		Wachstums- und Entwicklungsstörungen?	
Sprechen			

3.4 Tierbisse:

Ist Ihr Kind schon einmal von einem Tier gebissen worden? JA NEIN (ankreuzen)

4. Schweiß – schwitzen – Fieber – Frost

4.1. Wie stark schwitzt Ihr Kind?

4.2. Wo und an welchen Teilen schwitzt es am meisten?

4.3. Schwitzt Ihr Kind an den Händen oder an den Fußsohlen?

4.4. Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, fettig, macht er die Wäsche steif?

4.4. Wie riecht er? z.B. scharf, faul, sauer, wie Urin ...?

4.6. Wie verfärbt er die Wäsche? Kann man diese Verfärbung leicht/ schwer heraus waschen?

4.7. Irgendwelche Symptom nach dem Schwitzen?

4.8. Wann bekommt Ihr Kind Fieber oder Frost? Was führt es herbei?

4.9. Hat es irgendwie das Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil des Körpers und/oder zu einer bestimmten Zeit?

4.10. Kommt es vor, dass irgendwann die Handflächen oder Fußsohlen heiß sind oder brennen?

5. Appetit und Durst

5.1. Wie ist der Appetit des Kindes?

5.2. Was passiert, wenn es längere Zeit nichts isst?

5.3. Wie schnell isst es?

5.4. Wie viel Durst hat Ihr Kind? Ist es zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?

5.6. Gibt oder gab es Beschwerden im Magen-Darm-Trakt?



5.7. Bitte machen Sie ein Kreuz (X) in die Tabelle, wenn Ihr Kind irgendein Nahrungsmittel mag/nicht mag oder wenn es ihm nicht bekommt. Machen Sie zwei Kreuze (XX), wenn dieses Mögen/Nichtmögen oder Nichtbekommen sehr stark ist.

	mögen	nicht mögen	nicht bekommen		mögen	nicht mögen	nicht bekommen
Bitter				Eier			
stark salzig				starke Gewürze			
Süßigkeiten				Fleisch			
sauer				Fisch			
Brot				Kohl			
Butter				Zwiebeln			
Kaffee				Obst			
gebratenes				warme/kalte Nahrung			
Milch				warme/kalte Getränke			
Erde/Kalk				Sonstiges:			

6. Stuhl

- 6.1. Gibt es Probleme bzgl. des Stuhls/Verdauung?
- 6.2. Wie oft und wann hat Ihr Kind täglich/wöchentlich Stuhlgang?
- 6.3. Wann ist der Stuhl dringend?
- 6.4. Hat Ihr Kind irgendwelche Probleme mit der Darmtätigkeit?
- 6.5. Muss Ihr Kind beim Stuhl stark pressen?
- 6.6. Muss es aufstoßen oder rülpsen?

7. Wasserlassen und Urin

- 7.1. Hat Ihr Kind irgendwelche Urinprobleme? Riecht er stark? Wie riecht er?
- 7.2. Bestehen oder bestanden Nierenprobleme?
- 7.3. Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten mit der Entleerung der Blase?
- 7.4. Fängt das Wasser an, langsam zu laufen, ist es unterbrochen, ist der Harnstrahl schwach oder tröpfelt er nur usw.?
- 7.5. Irgendwelches, unwillkürliches Wasserlassen? Wann?

8. Brust – Herz – Erkältungen – Husten

- 8.1. Ist Ihr Kind häufig erkältet? Wenn ja, wie?
- 8.2. Beschreiben Sie die Symptome, Art der Erkältung usw.
- 8.3. Gibt es irgendwelche Beschwerden mit seiner Brust oder seinem Herzen?
- 8.4. Gibt es irgendwelche Beschwerden mit der Stimme oder Sprache?
- 8.5. Gibt es irgendwelche Beschwerden bei der Atmung?



9. Gibt es irgendwelche Beschwerden in Bezug auf ..., jetzt oder in der Vergangenheit? Gibt es Verbesserungen oder Verschlechterungen bezüglich der Beschwerden?

- 9.1. Schwindel: irgendwelche Schwindelgefühle/Schwankungen?
- 9.2. Bewusstlosigkeit: War Ihr Kind schon mal bewusstlos?
- 9.3. Kopf: Kopfschmerzen oder andere Beschwerden im Kopfbereich?
- 9.4. Augen: Augenbeschwerden/Beschwerden der Sehfähigkeit?
- 9.5. Ohren: Ohrenschmerzen/Beschwerden der Hörfähigkeit?
- 9.6. Nase: Beschwerden der Riechfähigkeit/Nebenhöhlen?
- 9.7. Gesicht: Gesicht und Gesichtsausdruck?
- 9.8. Mund: Beschwerden im Mund (Geschmack, Zungenbelag, Herpes, Zähne, Zahnfleisch-erkrankungen, Lippen usw.)
- 9.9. Hals incl. Mandeln und Rachenraum?
- 9.10. Schilddrüse?
- 9.11. Lymphknoten bzw. geschwollenen Drüsen? Wo?
- 9.12. Leber und Galle?
- 9.13. Bauchspeicheldrüse?
- 9.14. Leidet Ihr Kind unter Diabetes mel.? Wenn ja, welcher Typ?
- 9.15. Hauterkrankungen: z.B. Juckreiz, Ausschläge, Geschwüre, Warzen, Hühneraugen, Abschälen, Veränderung der Hautfarbe/Flecken an einer Körperstelle?
- 9.16. Nägel: Beschwerden/Abnormalitäten der Nägel/Haut um die Nägel?
- 9.17. Haare: Beschwerden mit den Haaren? (Haarausfall, schnelles Grauwerden, Schuppen, Trockenheit, ölig, langsames, sehr starkes oder ungewöhnliches Wachstum)
- 9.18. Wunden: langsame Wundheilung, Narben, Wucherungen, Wundeiterungen?
- 9.19. Blutung: Neigungen zu Blutungen? Wo? Erkrankungen oder Besonderheiten des Blutes?
- 9.20. Seite: Sind die Beschwerden einseitig? Auf welcher Seite? Oder sind sie mehr auf der einen oder anderen Seite? Oder beginnen sie auf der einen Seite und gehen dann auf die andere Seite? Oder wechseln sie die Seite oder die Stellen?
- 9.21. Zittern: Zittert Ihr Kind irgendwo? Wo und wann?
- 9.22. Schwäche: Gibt es ein Gefühl von Schwäche? Wo? Wie und wann fühlen Sie dieses mehr oder weniger? Ist das an irgendeinem Teil des Körpers?
- 9.23. Muskelbeschwerden?
- 9.24. Gelenkbeschwerden?
- 9.25. Knochenbeschwerden?
- 9.26. Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule?
- 9.27. Nervenschäden oder Beschwerden des Nervensystems?
- 9.28. Beschwerden mit den Gefäßen (Arterien, Venen)?
- 9.29. Bestehen hormonelle Probleme?
- 9.30. Abnormalität: Gibt es irgendwelche Abnormalitäten, Schwellungen, Taubheiten oder Lähmungen an irgendeinem Teil des Körpers?