

# Fragebogen zur homöopathischen Behandlung

## Personalien

Name:

Vorname:

Wohnort (mit PLZ):

Straße:

Tel.Nr.:

Geb.-Datum:

Größe:           cm ;

Gewicht:           kg

Augenfarbe:       Haarfarbe:

Geschwister: (Alter und Geschlecht)

**Hauptbeschwerden:** (schildern Sie bitte die Beschwerden Ihres Kindes, wegen der Sie hauptsächlich in Behandlung kommen oder schon stehen; seit wann leidet das Kind an diesen Beschwerden? Durch welche Umstände werden die Beschwerden gebessert oder verschlimmern sie sich, z.B. Zusammenhang zu Tages- oder Jahreszeit, zum Wetter, besser durch Wärme, Kälte oder Druck, schlechter durch Kälte, Wärme oder Erschütterung? Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Schreiben Sie bitte leserlich)

## Bisherige Behandlungen:

Was haben Sie alles schon gegen die Beschwerden unternommen (Medikamente, Kuren, Heilpraktiker usw.)?

## Vorgeschichte:

Haben Sie ein Vorstellung, wodurch oder aus welchem Anlaß Beschwerden aufgetreten sind (z.B. nach einer schweren Infektionskrankheit, nach einem Unfall, durch Kummer usw.)?

**Krankheiten in der Familie:** (z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Zuckerkrankheit, Geistes- oder Gemütskrankheiten usw.)  
bei wem?

**Eigene Vorerkrankungen:**

An welche Erkrankungen hat das Kind bisher gelitten? Bitte mit Jahresangabe. Gab es Erkrankungen, von denen es sich sehr schlecht erholt hat, welche, wann?

**Entwicklung:**

Ist die Schwangerschaft normal verlaufen? wenn nein, welche Probleme traten in der Schwangerschaft auf?

Schildern Sie bitte den Geburtsverlauf (sehr lange Geburt, Zangen- oder Saugglockengeburt, Kaiserschnitt)

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, wie lange..

Warum ist abgestillt worden?

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen?

In welchem Alter konnte Ihr Kind sprechen?

Ist Ihr Kind sauber (tagsüber/nachts), seit wann?

**Impfungen** (welche, wie vertragen?):

**Allergien oder Unverträglichkeiten** (Pollen, Hausstaub, Tiere oder Tierhaare, Nahrungsmittel, Medikamente, sonstige):

**Medikamente** (welche Medikamente nimmt Ihr Kind z.Z. regelmäßig ein?)

**weitere Beschwerden:**

Nachdem Sie nun weiter oben schon spontan die Beschwerden Ihres Kindes geschildert haben, bitte ich Sie, einige weitere Fragen zu beantworten, die mögliche andere noch vorhandene Beschwerden betreffen, die Ihnen vielleicht spontan nicht eingefallen sind. Falls der Platz nicht ausreicht, nehmen Sie bitte ein Extrablatt.

Wenn Sie die entsprechenden Beschwerden schon oben geschildert haben, schreiben Sie bitte "s.o.". Sie sollten nur solche Beschwerden erwähnen, die entweder sehr ausgeprägt oder sehr häufig auftreten. Besonders wichtig für die Behandlung sind solche Beschwerden, die sie selbst nicht einordnen können bzw. die Ihnen merkwürdig erscheinen; z. B. falls das Kind nur dann hustet, wenn es vorher etwas warmes gegessen hat oder Gelenkschmerzen nur dann auftreten, wenn es kurz vorher Wasser gelassen hat.

**Kopf:**

Schmerzen: wo; (Hinterkopf, Stirn, rechts, links, wechselnde Seiten, Ausstrahlung usw.)

wodurch (Hitze, Kälte, Süßigkeiten, Sport usw.)

wodurch besser (Reiben, Druck, Kälte, Wärme, Liegen usw.)

Begleiterscheinungen (Erbrechen, Schwindel, Naselaufen usw.)

Augen Sehstörungen, Tränenlaufen, Entzündungen

Ohren Schmerzen, Schwerhörigkeit, Geräusche, Ausfluß

Nase Verstopfung (rechts, links, abwechselnd)

Naselaufen

Nasenbluten

wodurch (Husten, Erkältung, Ärger, bei Frauen Periode usw.)

Geruchssinn

vermindert, empfindlich gegen Gerüche (welche?)

Mund Zähne (Ausfall, Karies seit wann?)

Zahnfleisch, vermehrter Speichelfluß

Geschmack, Mundgeruch, Zungenfarbe, Zungenbrennen

Haare            Haarausfall (stellenweise, großflächig), Haarfarbe

Kopfhautekzem, starke Schuppen, fettige oder sehr trockene Haare

### **Hals:**

innerer Hals   häufige Halsschmerzen, Mandelentzündungen, Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken oder Sprechen

äußerer Hals Schmerzen, Kloßgefühl, Schilddrüsenvergrößerung oder - Beschwerden

### **Brustkorb:**

Atmung   Luftnot, Schmerzen beim Atmen (wo?); Gefühl, nicht richtig aus- oder einatmen zu können.

Husten (wann und wie, z.B. trockener Husten, bellender Husten, krampfartiger Husten, mit oder ohne Auswurf, evtl. Art und Farbe des Auswurfs).

Wann tritt der Husten vor allem auf (Tageszeit, Körperlage z.B. beim Hinlegen), Wechsel von warm zu kalt oder umgekehrt, beim Essen oder Trinken oder beim Zähneputzen.

**Bauch:**

Schmerzen wo im Bauchbereich und zu welchen Gelegenheiten

Oberbauch - rechts-links - Mittelbauch - Unterbauch

nach dem Essen, eher nüchtern, v.a. nach Essen von bestimmten Speisen

Art des Schmerzes (soweit beurteilbar,):

Ausstrahlung (wohin)

Besserung wodurch (z.B. Wärmflasche oder Heizkissen, feuchte Wärme, trockene Wärme, Eisbeutel, Aufstoßen, Blähungsabgang, Stuhlgang, Urin):

Übelkeit oder Aufstoßen, wodurch, wodurch besser?

Verdauungsstörungen (Durchfall oder Verstopfung, evtl. beides im Wechsel)  
nach welchen Speisen besonders?

Farbe des Stuhls, fest, flüssig, breiig, fettig (z.B. an der Toilettenschüssel klebend)

Ausfluß aus dem Darm, Jucken am After  
**Harnorgane:**

Schmerzen wo? ( Nieren, Blase, Harnröhre)

wodurch, wodurch besser?

Ausstrahlung (wohin)

Beschwerden beim Wasserlassen

brennen, nachträufeln, unwillkürlicher Urinabgang z.B. beim Lachen, Pressen, Husten Niesen.

Urin kommt nicht, obwohl Drang besteht.

Häufigkeit des Wasserlassens

tagsüber ca. Mal

nachts ca. Mal

Ausfluß aus der Harnröhre (Farbe, Geruch)

### **Rücken:**

Schmerzen: wo (Nackebereich, zwischen den Schulterblättern, im Lendenwirbelsäulenbereich)?

Ausstrahlung (in die Arme, die Beine, den Kopf, den Bauch, Nierengegend usw.)

wodurch ausgelöst (z.B. langes Stehen, Liegen, Zugluft, Kälte usw.)

wodurch besser (z.B. Liegen auf einer harten Unterlage, Wärme, Massieren)

Kälte- oder Hitzegefühl

wo, wodurch

**Extremitäten:** (Arme und Beine)

Schmerzen: wo, wodurch ausgelöst, Ausstrahlung.

wodurch besser

**Kälte- oder Hitzegefühl, Schwitzen:**

an welchen Körperteilen?

zu welchen Tageszeiten?

**Haut:**

Ausschlag an welchen Körperteilen

Jucken oder Brennen

wann (Jahreszeit, morgens oder abends schlimmer)

wodurch (Wärme, Aufregung, Kratzen verschlimmert das Jucken, nachts, beim ins Bett gehen, Wasser verschlimmert, schlimmer nach dem Ausziehen)

Warzen wo

schlecht heilende Wunden

## **Schlaf:**

Einschlafen: um welche Uhrzeit geht Ihr Kind gewöhnlich ins Bett?

kann es sofort einschlafen, wenn nein, wodurch wird es wachgehalten  
(z.B. Kälte, Gedanken, Angst vorm Einschlafen)?

hat Ihr Kind Angst im Dunkeln, muß abends oder nachts eine Lampe im Zimmer oder im Flur brennen?

In welcher Lage schläft Ihr Kind ein ?

Kann es wohl auch in einer anderen Lage einschlafen?

Durchschlafen wacht Ihr Kind nachts regelmäßig auf?

wenn ja, ca. um           Uhr

wacht jedesmal zu einer anderen Zeit auf.

Aktivitäten während des Schlafs

Schlafwandeln, Lachen, Sprechen, sehr unruhiger Schlaf

Aufwachen um wieviel Uhr wacht Ihr Kind morgens für gewöhnlich auf?

ist es dann munter oder noch völlig müde?

Mittagsschlaf hält Ihr Kind noch regelmäßig Mittagsschlaf?

Träume schildert Ihr Kind Träume, die sich wiederholen bzw. Themen, von denen es häufiger träumt?

## Allgemeine Fragen:

Nahrung und Getränke:

hat Ihr Kind viel oder wenig Appetit oder eher normal?

wieviel Liter trinkt es ungefähr pro Tag?

was, kalt oder warm, in großen oder in kleinen Schlucken?

was isst es am liebsten?

tragen Sie bitte hier ein, was ihm am besten schmeckt und nicht das, von dem Sie annehmen, dass es gut für Ihr Kind ist.

Tragen Sie hier bitte auch Dinge ein, die Ihr Kind sich in den Mund steckt und isst, obwohl es eigentlich keine Nahrungsmittel sind. Manche Kinder mögen z.B. gerne Gras oder Kreide. Auch solche Dinge sollten hier erwähnt werden.

Hat Ihr Kind Verlangen oder Abneigung nach z.B. saurem-süßen-salzigen-stark gewürztem-Knoblauch-Zwiebeln-Delikatessen usw.

gegen welche Nahrungsmittel oder Getränke hat es eine starke Abneigung?

welche Nahrungsmittel ißt es gerne, verträgt Sie aber nicht?  
geben Sie hier bitte auch an, wieso es sie nicht verträgt.

## Zusammenhänge:

Gibt es irgendwelche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Beschwerden bzgl. anderer Umstände?

Zeit Tageszeit (z.B. morgens oder abends, evtl. Uhrzeit), Wochentage, Mondzyklus, Jahreszeiten

Ort am Meer oder im Gebirge schlechter oder besser

Wetter Verschlimmerung oder Besserung der Beschwerden bei Sonnenschein, Regen, Nebel, Schnee, Wetterumschwung (kalt nach warm oder umgekehrt)

Kleidung verträgt Ihr Kind enge Kleidung; bzw. an welchen Körperteilen kann es keine enge Kleidung vertragen?  
warum nicht?

Ist Ihr Kind lieber generell eher dünn angezogen oder eher sehr warm (unabhängig von der Jahreszeit) ?

Welche Materialien kann es nicht auf der Haut vertragen?

Warum?

### **Psychische Funktionen:**

Ängste Hat Ihr Kind Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen z.B. enge Räume (U-Bahn, Aufzug, Kino), Höhe (Z.B. Fernsehturm, Seilbahn, Gebirge), Menschenmenge, Tiere (welche?, z.B. Spinnen, Mäuse, Hunde, Katzen, Schlangen).  
wie stark ausgeprägt sind diese Ängste? (bisschen, stark, sehr stark)

Angst vor Krankheiten

### **sonstiges**

Ist Ihr Kind sehr eifersüchtig, wenn ja, auf wen?

Ist es nachtragend?

Ist es sehr mitfühlend?

Neigt es zum Weinen, wenn ja, wodurch (Tadel, Angst, Enttäuschung)?

Weint es grundlos oder schon aus dem geringsten Anlaß?

Ist Ihr Kind sehr schüchtern (wem gegenüber) oder geht es leicht auf andere zu?

neigt es dazu, Gegenstände zu zerstören (wenn ja, warum: aus Wut, aus Unachtsamkeit, mit Vorbedacht usw.) oder ist es aggressiv zu anderen Kindern?

Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln? wenn ja, bei welchen Gelegenheiten?

Zieht es sich Haare aus?

machen Sie im folgenden bitte ein Kreuz an die Stelle, wo Sie Ihr Kind am ehesten einordnen würden. Wenn es z.B. sehr ordentlich ist, machen Sie das Kreuz in der ersten Frage ganz nach links, wenn es sehr unordentlich ist, bitte ganz nach rechts

ordentlich.....unordentlich

redet gerne.....schweigsam

geduldig.....ungeduldig

entscheidungsfreudig.....unentschlossen

lieber allein.....lieber in Gesellschaft

jähzornig.....ruhig

friert leicht..... ist ihm eher zu warm

Wenn Ihr Kind Fieber hat, hat es dann eher viel oder wenig Durst?

Wenn Ihnen noch irgendwelche Eigenheiten Ihres Kindes einfallen, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde, erwähnen Sie dies bitte noch.

*Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen spätestens eine Woche vor dem vereinbarten Termin zu.*

