

Fragebogen für die homöopathische Erstanamnese bei Kindern

Sie sind hierhergekommen, damit Ihr Kind gesund wird oder zumindest eine Besserung seiner Beschwerden erfährt. Deshalb möchte ich in Zusammenarbeit mit Ihnen das für Ihr Kind am besten passende homöopathische Arzneimittel finden.

Dieser Fragebogen ist ein erster wesentlicher Baustein für die Arzneimittelrepertorisation. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst ganz frei und so vollständig wie möglich. Sehr gern dürfen Sie weitere Blätter für Ihre Ausführungen anfügen, oder auch die Rückseite der Blätter für weitere handschriftliche Zusätze nutzen.

Die Beschreibung der Beschwerden folgt in der Klassischen Homöopathie der nachstehenden Anleitung:

- WO:** Bitte geben Sie den genauen Ort der Beschwerden oder Schmerzen an. Falls sich die Beschwerden ausbreiten, geben Sie auch dieses an.
- WIE:** Beschreiben Sie die Empfindungen der Beschwerden/ Schmerzen bitte mit den Worten Ihres Kindes, soweit es das schon kann (z.B. es tut weh, als wenn einer mit dem Messer sticht oder es kribbelt wie Ameisen)
- WANN:** Wann treten die Beschwerden auf (Tageszeit, Jahreszeit, Wetter, andere Einflüsse)?
- WODURCH:** Welche Einflußfaktoren verbessern oder verschlechtern die Beschwerden (kalter Wind, Wärme, Kälte, Ärger oder?) Nennen Sie bitte auch auslösende Faktoren für die Erkrankung oder das Auftreten der Beschwerden.
- ABSONDERUNGEN:** Beschreiben Sie hier die Beschaffenheit, Konsistenz; Farbe und Geruch der Absonderungen. Auch die Menge, die Zeit oder die Bedingungen unter denen sich die Absonderungen verändern sind wichtig. Hierzu vielleicht ein Beispiel:
(Die Nase läuft ständig an der frischen Luft. Die Nasenflüssigkeit ist dann dünnflüssig und wässrig . Im warmen Zimmer stockt der Schnupfen. Gegen Abend, nach dem Duschen kommt dann ein dickflüssiges, gelbes Sekret)

Der Fragebogen hat mehrere Teile:

1. Persönliche Daten, Familienerkrankungen
2. Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit
3. Entwicklung, Impfungen, Nahrungsmittel
4. Kopf-zu-Fuß-Anamnese
5. Schweißse, Allgemeines
6. Schlaf, Ängste
- 7./8. Charakter und Sozialverhalten

Alle Informationen, die Sie mir anvertrauen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen meiner Schweigepflicht. Von mir werden diese Daten NICHT elektronisch gespeichert.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

DATUM:

VORNAME und NACHNAME:

STRASSE und WOHNORT:

TELEFON:

GEBURTSDATUM:

SCHULE/ KINDERGARTEN:

GESCHWISTER:

(hier sind auch Fehlgeburten oder Abtreibungen wichtig)

Legen Sie bitte ein aktuelles Foto Ihres Kindes bei.

ERKRANKUNGEN und TRAGISCHE EREIGNISSE in der FAMILIE

(chron. Erkrankungen, Geisteskrankheiten, Krebs, TBC, Hauterkrankungen, Bluthochdruck, Asthma, Unfälle, Flüchtlinge, Suizide, ausgeschlossene Familienmitglieder)

VERWANDTSCHAFT	ERKRANKUNGEN, TODESURSACHEN	ALTER
Vater		
Mutter		
Oma mütterl.		
Opa mütterl.		
Oma väterl.		
Opa väterl.		
Tante mütterl.		
Onkel väterl.		
Schwester		
Bruder		
Weitere:		

SCHWANGERSCHAFT

War Ihr Kind ein Wunschkind?

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Welche psychischen Veränderungen erlebte die Mutter in der Schwangerschaft?

Gab es bei der Mutter ungewöhnliche Nahrungsmittelverlangen oder -abneigungen?
Welche Medikamente wurden eingenommen?

GEBURT und STILLZEIT

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes? (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, PDA, Narkosen)

Gab es Probleme während der Geburt? (Schwache Herztöne, Sauerstoffmangel)

Apgartest: _____ Punkte

Hat Ihr Kind angeborene Fehlstellungen, Missbildungen etc.?

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

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Gab es Probleme in der Stillzeit (Muttermilchabneigungen oder -erbrechen, Koliken, Durchfälle...)?

War das Abstillen unproblematisch?

FÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wann bekam Ihr Kind seinen 1.Zahn?

Wie verlief die Zahnung?

Wie ausgeprägt war die Krabbelphase?

Wann lief Ihr Kind eigenständig?

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

IMPFUNGEN

Wann und welche Impfungen erhielt Ihr Kind?

Gab es Reaktionen auf die Impfungen (z.B. Schlafstörungen, Wesensveränderungen, Asthma, Allergien, erhöhte Infektanfälligkeit, Fieber, Entzündung der Einstichstelle.....)?

NAHRUNGSMITTEL

Welche Nahrungsmittel bevorzugt oder lehnt Ihr Kind ab? Was und wieviel trinkt Ihr Kind? (Milch, Eier, Fleisch, Gemüse, Obst, Fisch, salzig, scharf, sauer, Erde, Kalk, kalte oder warme Getränke, Brot, Gebratenes, Butter....) Wie stark ist der Appetit? Wie schnell isst Ihr Kind?

Verlangen:	
Abneigungen:	

KOPF zu Fuß-ANAMNESE

Schildern Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Unfälle Ihres Kindes.

Wann traten die Erkrankungen etc. das erste Mal auf? Welche Medikamente wurden eingenommen? Wie lange dauerten die Erkrankungen, ist das Kind genesen?

Können Sie eine Ursache (Schock, Kummer, Überlastung, Kälteeinwirkung) für die Erkrankungen nennen? Ordnen Sie die Erkrankungen dem entsprechenden Körperteil zu!

KOPF (Augen, Mund, Nase, Ohren, Gesicht, Zähne, Schwindel):

HALS (innerer und äußerer):

BRUST:

BAUCH/DARM/RÜCKEN:

GENITALBEREICH/BLASE:

GLIEDMASSEN:

HAUT/HAARE/NÄGEL/WUNDHEILUNG:

SCHWEISS/FIEBER

Wie stark, wie schnell, an welchen Stellen und wann schwitzt Ihr Kind?

Beschreiben Sie die Schweißse (Geruch, ölig, gelb, verfärbt die Wäsche, warm, kalt....)

Wann, wie oft und wie hoch fiebert Ihr Kind? Traten Fieberkrämpfe auf?

ALLGEMEINES

Ist Ihrem Kind schnell frostig oder ist ihm schnell warm?

Welches Wetter mag ihr Kind nicht?

Was verbessert die Beschwerden Ihres Kindes? (Meer, Berge, Wärme, Kälte, frische Luft...)

Was verschlechtert seine Beschwerden?

Was mag Ihr Kind gar nicht? Welche Situationen, Orte oder Menschen meidet es?

Was mag Ihr Kind am Liebsten? (im Zimmer spielen, toben, verreisen? spielt es lieber allein oder mit Freunden....)

SCHLAF

Schläft Ihr Kind schnell, allein und ohne Licht ein?

Schläft Ihr Kind durch? Falls nicht: Gibt es regelmäßige Wachzeiten? Schlafrituale?

Erwacht Ihr Kind erfrischt? Wann erwacht es?

Geben sie bitte die Schlafenszeiten (auch Mittagsschlaf) an.

In welcher Position schläft Ihr Kind? (Bauch, rechte oder linke Seite, Rücken, Arme unter dem Kopf, Knie angezogen...)

TRÄUME

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

Befindet sich Ihr Kind tagsüber oft in seiner Traumwelt?

ÄNGSTE

Ist Ihr Kind ängstlich? Was macht Ihm Angst? (Dunkelheit, Gespenster, Monster, nachts, allein sein, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Insekten, Höhen, enge Räume, neue Situationen, Schule, KiTa)

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es sich ängstigt?

CHARAKTER und SOZIALVERHALTEN

Bitte beschreiben Sie die wesentlichen Charakterzüge Ihres Kindes.
Was kann Ihr Kind gut?
Was schätzen Sie an Ihrem Kind? Was gefällt Ihnen nicht?
Wer erzieht das Kind überwiegend? Gibt es dort Probleme?
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?
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 schätzen Sie die Konzentrationsfähigkeit Ihres Kindes ein?

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?

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