

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE für Kinder

Bitte Folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- Ausgefüllter Fragebogen
- Aktuelles Farbfoto
- Vorhandene Vorbefunde, Arztbriefe, Bildgebungen, Laborwerte etc.
- Impfpass
- Kindergesundheitsbüchlein / Mutter-Kind-Pass (zusätzlich bei Kindern)

Name des Kindes:	Alter:	Geburtsdatum:	
Name der Mutter:	Alter:	Name des Vaters:	Alter:
Adresse:			
Tel.	Email:		
Steuernummer und/oder Versicherungsnummer:			
Privatversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschwisterreihe / Anzahl (z.B. 2/3, d.h. 2. Kind von 3)		
An mich empfohlen durch:		Hausarzt/Facharzt:	

Was sind die Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zurzeit?

Therapieform, Seit wann? Ergebnis?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft / Geburt / Neugeborenen-Periode?

Wann kam der 1. Zahn?	Wann lernte Ihr Kind zu sprechen?

Wann lernte Ihr Kind zu gehen?	Wann lernte Ihr Kind zu schreiben?
--------------------------------	------------------------------------

Welche der folgenden Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Einnässen, Einkoten
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gelenksentzündung	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Karies (frühzeitig)	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Mononukleose/EBV	<input type="checkbox"/> Mundfäule	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Sonnenstich
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zahnungsprobleme	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall / Schwere Verletzung

Weitere Erkrankungen: _____

Gab es Erkrankungen, nach denen sich Ihr Kind lange nicht richtig erholt hat? _____

Welche Erkrankungen sind schwerer verlaufen als gewöhnlich? _____

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten? _____

Hatte Ihr Kind je Nebenwirkungen von Impfungen? (falls ja, welche?) _____

Gab es bereits Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen, Kaffee (falls ja, in welchem Alter?) _____

Welche Operationen hatte Ihr Kind?

Operation	wann?	Komplikationen?

Nur für Mädchen:

Alter bei der ersten Menstruation: _____

Dauer eines Regelzyklus in Tagen (z.B. 28 Tage): _____ Tage.

Dauer der Regelblutung in Tagen (z.B. 4 Tage): _____ Tage.

Beschwerden vor der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) _____

Beschwerden während der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) _____

Beschwerden nach der Regel (Schmerzen / Stimmung etc.) _____

Beschwerden durch Ausfluss (wenn ja, Art des Ausflusses?) _____

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie vor?

(z.B. Tripper, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus, Allergien, Gelenkerkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Kropf, Hauterkrankungen, Herzkrankungen, Krebs, Lähmungen, Lungenerkrankungen, psychische Erkrankungen, u.a.)

Verwandter	Alter	Sterbealter	Krankheit(en) / Todesursache
Mutter des Kindes			
Vater des Kindes			
Geschwister			
Großmutter mütterlicherseits			
Großvater mütterlicherseits			
Großmutter väterlicherseits			
Großvater väterlicherseits			
Tanten / Onkeln			

Machen Sie bitte ein Kreuz (x) wenn Ihr Kind das beschriebene Nahrungsmittel mag / nicht mag / nicht verträgt; machen Sie zwei Kreuze (xx), wenn dieses Mögen / Nichtmögen / Nichtvertragen sehr stark ist! (Wichtig: ausfüllen nach dem "Gusto" Ihres Kindes, unabhängig davon, ob Sie ein Nahrungsmittel für gesund halten!!)

	MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VER- TRAGEN
Alkohol				Gurken				Reis			
Äpfel				Heißes				Rohkost			
Bitter				Kaffee				Salzig			
Bohnen				Kaltes				Sauer			
Brot				Kartoffeln				Sauerkraut			
Butter				Käse				Scharf			
Eier				Knoblauch				Schokolade			
Essig				Kohl				Speck			
Fettes				Meeresfrüchte				(Speise-)Eis			
Fisch				Milch				Suppe			
Fleisch				Nudeln				Süßigkeiten			
Gemüse				Obst				Tee			
Geselchtes				Orangen				Zwiebeln			
Unverdauliches, z.B. Sand				Sonstiges:							