



## Fragebogen vor der homöopathischen Behandlung

Die homöopathische Medizin benötigt Symptome um zum Arzneimittel zu gelangen. Daher ist das Ausfüllen dieses Fragebogens sehr wichtig. Bitte beantworten Sie auch Fragen, die scheinbar nichts mit den Beschwerden zu tun haben. Dabei ist es wichtig, dass sie eindeutige Antworten geben. Immer, wenn etwas immer so ist, ist es für die homöopathische Behandlung wichtig.

Bei der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern sind Besonderheiten in der Schwangerschaft und während der Geburt sehr wichtig.

Ab dem Schulkindalter sollten Sie den Fragebogen zusammen mit Ihrem Kind ausfüllen.

Jugendliche sollten den Bogen hauptsächlich alleine ausfüllen. Die Eltern sollten nur bei Unklarheiten die Angaben ergänzen.

## Persönliche Daten

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Geschlecht: .....

Datum der Homöopathischen Anamnese: .....

Ausgefüllt am: .....

Krankenkasse: .....



## Eigene Krankengeschichte

Erkrankung	Alter	Dauer	Genesen	Behandlung	Besonderes

**Unterstreichen Sie bitte alle Erkrankungen an denen Sie/Ihr Kind litt:**

Masen, Mumps, Röteln, Windpocken, Malaria, Tuberkulose, Erkältungen, Bronchitis, Ohrentzündungen, Asthma, Chronische Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Krampfanfälle, Epilepsie, Hauterkrankungen, Pilzkrankungen, Neurodermitis, Herpes, Nesselsucht, Unfälle, Blutungen, Operationen, Bewusstlosigkeit, Schock, Nervenzusammenbruch, Enttäuschungen, Schreck, Depressionen



## Familiengeschichte

Verwandtschaft	Alter	Erkrankungen	Tod
Bruder			
Bruder			
Schwester			
Schwester			
Mutter			
Vater			
Großmutter mütterl.			
Großvater mütterl.			
Großmutter väterl.			
Großvater väterl.			

### Schwangerschaft

Wie verlief die Schwangerschaft mit diesem Kind?

Hatten Sie als Mutter Probleme in der Schwangerschaft?

War die Schwangerschaft geplant?

Hatten Sie besondere Vorlieben in der Schwangerschaft?

### Geburt

Wie verlief die Geburt dieses Kindes?

Gab es Besonderheiten im Kontakt zu diesem Neugeborenen?

Welchen Eindruck machte dieses Kind nach der Geburt?



## Entwicklung

Wann begann?   Zahnen  
                      Frei Laufen  
                      Sprechen  
                      Urinkontrolle

## Appetit und Durst

Wie ist der Appetit von Ihnen/Ihrem Kind?

Wie ist der Durst von Ihnen/Ihrem Kind??

Gibt es Zeiten an denen Sie/Ihr Kind essen oder trinken müssen?

Was passiert, wenn Sie/Ihr Kind lange nichts gegessen haben?

## Essensverlangen

Bitte machen Sie ein Kreuz (X) wenn Sie/Ihr Kind etwas nicht mögen etc. und zwei Kreuze wenn Sie/Ihr Kind etwas sehr stark nicht mögen (XX) etc.

	mögen	nicht mögen	nicht vertragen		mögen	nicht mögen	nicht vertragen
bitter				Fleisch			
salzig				Fisch			
süß				kaltes Essen			
sauer				kalte Getränke			
Brot				warmes Essen			
Butter				warme Getränke			
Milch				Erde			
Eier				anderes			
gewürzt							



## Hauptbeschwerde

Bitte schildern Sie genau den Verlauf der Erkrankung, benutzen Sie eher Beschreibungen als fertige Diagnosen.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es Ihrer Meinung nach eine Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## Beschwerden im Körper

**Bitte beschreiben Sie genau, wenn etwas bei Ihnen/Ihrem Kind vorliegt!**

Schwindel?

Bewußtlosigkeit?

Kopf?

Augen?

Ohren?

Nase?

Gesicht?

Mund, Lippen, Zunge?

Zähne?

Hals, Mandeln, Schlucken?

Herz?

Atmung?

Rücken, Arme und Beine, Gelenke?

Haut?

Nägel?

Haare?

Stuhlgang?

Wasserlassen?

Schwitzen?

Schmerzen?



## Dinge, die Wirkungen auf Sie/Ihr Kind haben

Bitte geben Sie an, wenn etwas von den unten angegebenen Dingen einen besonderen, immer wieder zu beobachtenden Einfluss auf Sie hat, besonders, wenn es mit der Hauptbeschwerde zusammenhängt.

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
heißes Wetter		vor Ereignis	
kaltes Wetter		vor Examen	
wechselhaftes W.		nach Weinen	
Gewitter		nach Trost	
Sonne		in Menge	
Baden		allein	
Autofahren		in geschlossenen Räumen	
Treppe herabgehen		Vollmond	
Herabsehen		nach dem Windabgang	
Geräusche		nach nassen Füßen	
plötzlicher Lärm		nach Überessen	
Musik		nach dem Stuhlgang	
Licht		Enge Kleidung	
Druck		vor dem Schlaf	
Massage		nach dem Schlaf	

## Schlaf

Beschreiben Sie Ihren/Ihres Kindes Schlaf, die bevorzugte Lage, das Einschlafen, das Durchschlafen, Geräusche oder Bewegungen während des Schlafes?

Wie ausgeruht sind Sie/Ihr Kind am nächsten Morgen? Welche Teile sind immer zu- oder abgedeckt?

## Träume

Sind Träume überwiegend ängstlich, gewalttätig, schön?

Von wem träumen Sie/Ihr Kind meistens? Gibt es besondere Geschichten?



## Geist und Gemüt

Bitte beantworten Sie alle Fragen ganz frei und möglichst spontan ohne viel darüber nachzudenken. Dies ist besonders wichtig.

Was macht Ihnen/Ihrem Kind Angst?

Haben Sie/Ihr Kind vor etwas Furcht? Tiere, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Tod, Krankheit, Räubern, plötzlichen Geräuschen, Höhe? Oder etwas anderem?

Sind Sie/Ihr Kind misstrauisch, sind Sie/Ihr Kind eifersüchtig?

Sind Sie/Ihr Kind ungeduldig? Wann?

Sind Sie/Ihr Kind nachtragend? Haben Sie/Ihr Kind Rachegeanken?

Worauf sind Sie/Ihr Kind stolz?

Grübeln Sie/Ihr Kind viel?

Haben Sie/Ihr Kind unerwünschte Gedanken?

Hören Sie/Ihr Kind Stimmen? Haben Sie/Ihr Kind eingebildete Gefühle?





## **Geist und Gemüt**

**Wie ist Ihr Gedächtnis und das Ihres Kindes?**

**Sind Sie/Ihr Kind leicht reizbar?**

**Sind Sie/Ihr Kind lieber allein oder in Gesellschaft?**

**Mögen Sie/Ihr Kind Ordnung oder Unordnung?**

**Machen Sie/Ihr Kind sich Sorgen? Worüber?**

**Was mögen Sie/Ihr Kind gerne? Hobbys?**

**Was mögen Sie/Ihr Kind gar nicht als Beschäftigung?**

**Was sind Ihre/Ihres Kindes bisher schönsten Erlebnisse?**

**Was sind Ihre/Ihres Kindes bisher größten Kümernisse?**



## Beschreibung Ihrer/Ihres Kindes Hauptbeschwerden

Bitte beschreiben Sie Ihre/Ihres Kindes Hauptbeschwerden genau nach dem Ort, der speziellen Empfindung dabei und wodurch die Beschwerde besser oder schlechter wird.

**Bitte beschreiben Sie sehr genau!**

Wo ist die Beschwerde	Wie fühlt sie sich genau an?	Was macht sie schlechter oder besser?

## Ergänzungen

Schreiben Sie hier alles auf, was in dem Fragebogen nicht vorgekommen ist, was aber für Ihre/Ihres Kindes Krankheit wichtig ist.

.....

.....

.....

.....

.....

*Vielen Dank für Ihre Mühe*

*Bitte schicken Sie den Fragebogen eine Woche vor dem Termin an  
Kinder- und Jugendarztpraxis Findorff, Hemmstraße 212, 28215 Bremen*