

Fragebogen für eine Homöopathische Anamnese bei Kindern

Sie sind hierhergekommen, damit Ihr Kind gesund wird oder zumindest eine Besserung seiner Beschwerden erfährt. Deshalb möchte ich das am besten passende homöopathische Arzneimittel finden. Um dieses zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen:

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

Deshalb sollten Sie ganz frei und möglichst vollständig die Fragen beantworten. Keine der Fragen ist unnötig und dient lediglich zur Findung des Arzneimittels.

Anleitung zur Beschreibung der Beschwerden:

- 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 oder Schmerzen 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 Faktoren verbessern oder verschlechtern die Beschwerden (kalter Wind, Ärger, Wärme, Kälte)? Nennen Sie auch auslösende Faktoren für die Erkrankung oder Beschwerden.
- Absonderungen:** Bitte geben Sie die Menge, die Zeit oder die Bedingungen an, unter denen sich die Absonderungen verändern (z.B. Nase läuft nur an frischer Luft). Beschreiben Sie die Beschaffenheit, Konsistenz, Farbe und Geruch der Absonderungen.

Der Fragebogen hat mehrere Teile:

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

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich, halten Sie nichts zurück, denn damit ermöglichen Sie eine gute homöopathische Verordnung für Ihr Kind. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und in keiner Datenbank gespeichert.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Legen Sie bitte ein aktuelles Foto Ihres Kindes bei.

Datum:

Vorname und Nachname:

Straße und Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Geburtszeit:

Schule/Kindergarten:

**Geschwister:
(Fehlgeburten, Abtreibungen)**

Erkrankungen und tragische Ereignisse in der Familie

(chron. Erkankungen, Geisteskrankheiten, Krebs, TBC, Hauterkr., Bluthochdruck, Asthma, Unfälle, Flüchtlinge, Suicide, Schock, ausgeschlossene Familienmitglieder,)

Verwandschaft	Erkrankungen/Todesursache	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 (blaue Babys)?
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?

Frühkindliche 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 o. 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 entsprechendem Körperteil zu!

Kopf (Augen, Mund, Nase, Ohren, Schwindel, Gesicht, Zähne):
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 Schweiß (Geruch, ölig, gelb, verfärbt 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 oder wen mag Ihr Kind am liebsten (im Zimmer spielen, toben, verreisen...)?

Schlaf

Schläft Ihr Kind schnell, allein und ohne Licht ein?
Schläft Ihr Kind durch? Falls nicht, bitte Wachzeiten angeben und Schlafrituale schildern!
Erwacht Ihr Kind erfrischt? Wann erwacht es?
Geben Sie bitte die Schlafzeiten (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 seinen Träumen? Beschreiben Sie seine Traumwelt!

Ängste

Ist Ihr Kind ängstlich? Was macht ihm Angst? Dunkelheit, Gespenster, Monster, nachts, allein sein, Hunde, Katzen, Mäuse, Spinnen, Schlangen, Insekten, Höhen, enge Räume, neue Situationen, Vorträge in der Schule, etc.)
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 fällt Ihrem Kind schwer?
Was schätzen Sie an Ihrem Kind? Was gefällt Ihnen nicht?
Wer erzieht das Kind überwiegend? Gibt es dort Probleme? Bitte beschreiben Sie es genau.
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 wird seine Konzentrationsfähigkeit vom Erzieher oder Lehrer eingeschätzt?

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 Gemütes braucht Ihr Kind Ihrer Meinung nach Unterstützung?

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

Ilka Neuendorf
Berlepscher Straße 4
37249 Neu-Eichenberg/Hermannrode

oder

ilka.neuendorf@t-online.de