

FRAGEBOGEN für KINDER

(ergänzend zum persönlichen Erstgespräch)

VOR- und NACHNAME des Kindes: _____ GEBURTSDATUM: _____

NAME der MUTTER: _____ Alter: _____ NAME des VATERS: _____ Alter: _____

GESCHWISTER (Anzahl und Alter): _____

ADRESSE: _____

TELEFONNUMMER(N): _____ E-MAIL: _____

VERSICHERUNG: _____ VERSICH.-NUMMER: _____ WAHLARZTVERSICHERUNG: Ja | Nein

AN MICH EMPFOHLEN DURCH: _____ HAUSARZT /KINDERARZT: _____

© **Was ist/sind HAUPTBESCHWERDE(N) Ihres Kindes?**

Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau, auch scheinbar Unwesentliches bitte angeben!

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gibt es einen Auslöser für die Beschwerden?

Wodurch können sie gelindert werden? Wodurch werden sie verstärkt?

Wie beeinflussen die Beschwerden das Leben Ihres Kindes? Was stört am meisten?

© **Leidet Ihr Kind an WEITEREN ERKRANKUNGEN bzw. WELCHE BESCHWERDEN hat ihr Kind noch?**

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden möglichst genau.

Gehen Sie den Körper von Kopf bis Fuß durch: Kopf, Augen, Ohren, Nase, Hals, Brust, Herz, Lungen, Magen, Bauch, Darm/Stuhl, Harnwege, Geschlechtsorgane, Extremitäten, Knochen, Gelenke, Haut, ...

© **Werden Beschwerden oder Ihr Kind im Allgemeinen durch folgende FAKTOREN BEEINFLUSST, d.h. verstärkt oder abgeschwächt oder verändert?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="checkbox"/> heißes Wetter	<input type="checkbox"/> Gewitter	<input type="checkbox"/> im Liegen	<input type="checkbox"/> Berührung/Druck	<input type="checkbox"/> essen / trinken
<input type="checkbox"/> kaltes Wetter	<input type="checkbox"/> baden	<input type="checkbox"/> im Stehen	<input type="checkbox"/> Sexualverkehr	<input type="checkbox"/> Gemütsbewegung
<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> Luftzug	<input type="checkbox"/> Gerüche	<input type="checkbox"/> Bewegung	<input type="checkbox"/> nüchtern sein
<input type="checkbox"/> bewölkttes Wetter	<input type="checkbox"/> Sonne	<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> lachen
<input type="checkbox"/> Wetterwechsel	<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> enge Kleidung	<input type="checkbox"/> schnäuzen
<input type="checkbox"/> nachts	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> Voll- /Neumond	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Winter
<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> am Meer	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Sommer

⊙ **Welche ERKRANKUNGEN hatte Ihr Kind seit der Geburt bis jetzt?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gallensteine
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kropf
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Zysten
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/> Sonnenstich	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Tripper	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Alkohol-/ Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen-Beschwerden	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen

⊙ **Sind irgendwelche Erkrankungen schwerer verlaufen als gewöhnlich?**

⊙ **Hatte Ihr Kind je Nebenwirkungen bei IMPFUNGEN?** Wenn ja, welche?

⊙ **Hat Ihr Kind in letzter Zeit an Gewicht verloren bzw. zugenommen?** Wenn ja, wie viel?

⊙ **Nimmt Ihr Kind derzeit irgendwelche MEDIKAMENTE ein?**

Wenn Ja, gibt es NEBENWIRKUNGEN?

⊙ **Nimmt Ihr Kind derzeit bzw. nahm es in der Vergangenheit HOMÖOPATHISCHE MEDIKAMENTE ein?**

Wenn ja, welche (soweit bekannt) und von wem wurden Sie verordnet und mit welchem Ergebnis?

⊙ **Welche ANDEREN THERAPIEFORMEN (außer der Schulmedizin) verfolgen Sie noch?**

© **Welche OPERATIONEN hatte Ihr Kind bisher? Gab es KOMPLIKATIONEN?**

© **Gab es Besonderheiten während der SCHWANGERSCHAFT bzw. GEBURT bzw. NEUGEBORENEPERIODE?**

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt? Gab es Beschwerden, Sorgen, Ängste, Erkrankungen, Medikamenteneinnahmen während der Schwangerschaft oder Geburt?

Wie war die Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen bzw. wie war Ihre Geburt?

© **Wie war/ist die ENTWICKLUNG Ihres Kindes?**

Gehen, Sprechen, Zahnung,

© **NUR FÜR MÄDCHEN:**

Alter bei der ersten Menstruation: _____ **Hat Ihr Kind einen Ausfluss?** _____

Dauer des Regelzyklus (z.B.: 28 Tage); _____ **Dauer der Regelblutung (z.B. 4 Tage):** _____

Gab oder gibt es BESCHWERDEN VOR, WÄHREND oder NACH der Regelblutung (Schmerzen, Stimmung, ...)?

© **Welche Nahrungsmittel mag ihr Kind BESONDERS GERN, gegen welche hat es eine ABNEIGUN bzw. welche VERTRÄGT ES NICHT?**

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

	SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH		SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH		SEHR GERN	AB-NEIGUNG	NICHT VER-TRÄGLICH
Äpfel				Gurken				Rohkost			
Bier				Kaffee				Sauerkraut			
Bananen				Kartoffeln				Schokolade			
Bohnen				Käse				Speck			
Brot				Knoblauch				(Speise)Eis			
Butter				Kohl				Spirituosen			
Eier				Meeresfrüchte				Suppe			
Essig				Milch				Tee			
Fisch				Nudeln				Tomaten			
Fleisch				Obst				Wein			
Gemüse				Orangen				Zwiebel			
Geschnittenes				Reis				Salat			
sauer				scharf				süß			
bitter				salzig				fett			
Heißes				Kaltes							

- _____
- _____

© **Welche Erkrankungen kommen bzw. kamen in der FAMILIE Ihres Kindes vor?**

(z.B. Krebs, Alkoholismus, psychische Erkrankungen, Depression, Allergien, Epilepsie, Kropf, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Syphilis, Tripper, Lähmungen, Asthma, Hauterkrankungen,). Bei verstorbenen Personen geben Sie bitte das **STERBEALTER** an!

Mutter des Kindes:

Vater des Kindes:

Geschwister:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Tanten/Onkeln:

⊙ **Wie würden Sie Ihr Kind mit kurzen Worten BESCHREIBEN?**

Wie würden Sie den Gemütszustand ihres Kindes beschreiben?

⊙ **Wie UNTERSCHIEDET sich Ihr Kind von den anderen Kindern?**

⊙ **Was sind die STÄRKEN und was die SCHWÄCHEN Ihres Kindes?**

Hat Ihr Kind besondere Fähigkeiten, Interessen, Hobbies, ...?

Was kann es besonders gut? Was fällt schwer?

⊙ **Hat Ihr Kind ÄNGSTE oder SORGEN?**

⊙ **Was kann Ihr Kind gar NICHT LEIDEN? Ist es auf etwas EMPFINDLICH?**

⊙ **Gibt es NOCH ETWAS NENNENSWERTES aus dem Leben Ihres Kindes, das unter den bisherigen Punkten nicht dabei war?**

Erzählen Sie bitte wichtige Punkte aus der Lebensgeschichte ihres Kindes!