

FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE FÜR KINDER

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- ein aktuelles *Farbfoto* des Kindes (kann auch gemailt werden an: info@homeopathie-dornbirn.at)
- den *Mutterkindpass und Impfpass* des Kindes
- etwaige *Unterlagen* (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name des Kindes: _____	Alter: ____	Geburtsdatum: _____
Name der Mutter: _____	Alter: ____	Name des Vaters: _____ Alter: ____
Adresse: _____		
Versich.Nr. Elternteil: _____	Telefon: _____	
Versich.Nr. Kind: _____	Versicherung: _____	Zusatzversicherung: o ja o nein
Geschwisterreihe / Anzahl (zB: 1/4 d.h. 1. Kind von 4) _____ email: _____		
An mich empfohlen durch: _____ Hausarzt/Facharzt: _____		

Was sind die Hauptbeschwerden? (Wichtigste zuerst)

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

Welche anderen Therapieformen (außer Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?

Therapieform	seit wann?	Ergebnis?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft / Geburt / Neugeborenenperiode?

--

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 im Laufe des Lebens? (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"/> Gelenkentzündung	<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"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mononukleose	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Mundfäule	<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"/> Blasen-entzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhaut-entzündungen	<input type="checkbox"/> Lungenfell-entzündung	<input type="checkbox"/> Mittelohr-entzündung	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöh -lenbeschwerden	<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 bekommen? _____

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

Welche Operationen hatte Ihr Kind?

Operation	wann?	Komplikationen?

Nur für Mädchen:

Alter bei der ersten Menstruation: _____

Dauer eines Regelzyklus in Tagen (zB 28 Tage): _____ Tage

Dauer der Regelblutung in Tagen (zB 4 Tage): _____ Tage

Beschwerden vor der Regel (Schmerzen / Stimmung usw) _____

Beschwerden während der Regel (Schmerzen / Stimmung usw) _____

Beschwerden nach der Regel (Schmerzen / Stimmung usw) _____

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, Herzerkrankungen, Krebs, Lähmungen, Lungenentzündungen, 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 "Gusto" Ihres Kindes, unabhängig davon, ob Sie ein Nahrungsmittel für gesund halten!!)

	MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN		MÖGEN	NICHT MÖGEN	NICHT VERTRAGEN
Äpfel				Kartoffeln				Schokolade			
Bitter				Käse				Speck			
Bohnen				Knoblauch				(Speise-)Eis			
Brot				Kohl				Suppen			
Butter				Meeresfrüchte				Süßigkeiten			
Eier				Milch				Tee			
Essig				Nudeln				Tomaten			
Fettes				Obst							
Fisch				Orangen				Zwiebeln			
Fleisch				Reis				Unverdauliches			
Gemüse				Rohkost				zB Sand, Kreide			
Geräuchert				Salzig				Anderes ...			
Gurken				Sauer							
Heißes				Sauerkraut							
Kaltes				Scharf							