

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: _____ E-MAIL: _____

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

AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN DURCH: _____ HAUSARZT /KINDERARZT: _____

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

Bei VERSTORBENEN Personen geben Sie bitte das STERBEALTER an!

(z.B. Krebs, Alkoholismus, psychische Erkrankung, Depression, Allergie, Epilepsie, Kropf/
Schilddrüsenerkrankung, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Tuberkulose, Syphilis,
Tripper, Lähmung, Asthma, Hauterkrankung, usw.)

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Tanten/Onkeln mütterlicherseits:

Tanten/Onkeln väterlicherseits:

© **Was sind die HAUPTBESCHWERDEN Ihres Kindes?**

Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau, auch scheinbar Unwesentliches angeben!
Seit wann bestehen die Beschwerden? Gibt es einen Auslöser? Wodurch können sie gelindert werden? Wodurch werden sie verstärkt? Wie beeinflussen sie das Leben Ihres Kindes?

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

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden möglichst genau.

Gehen Sie den Körper Ihres Kindes von oben bis unten durch: Kopf, Augen, Ohren, Nase, Hals, Brust, Herz, Lungen, Magen, Bauch, Darm, Stuhl, Nieren, Harnwege, Urin, Geschlechtsorgane, Beine, Füße, Knochen, Gelenke, Haut, usw.

© **Wird Ihr Kind durch folgende FAKTOREN BEEINFLUSST?**

D.h. wird eine Beschwerde durch etwas verstärkt, abgeschwächt oder verändert?

Bzw. wird Ihr Kind im Allgemeinen durch etwas in positiver oder negativer Hinsicht beeinflusst? Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

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

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

Bitte ankreuzen bzw. unten ergänzen.

<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Einnässen /Einkoten	<input type="checkbox"/> Grippe	<input type="checkbox"/> Kropf	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Emphysem	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Angina / Halsentzündung	<input type="checkbox"/> Erkältung	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Lungenfellentzündung	<input type="checkbox"/> Sonnenstich
<input type="checkbox"/> Augendruckerhöhung	<input type="checkbox"/> Fieberblase	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Tripper
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Genitalausfluss	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> Warzen
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Würmer
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Genitalwarzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Zahnbeschwerden
<input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Pilzerkrankung	<input type="checkbox"/> Zysten

⊙ **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?** Bitte auflisten!
Gibt es NEBENWIRKUNGEN?

⊙ **Nimmt Ihr Kind derzeit bzw. nahm es in der Vergangenheit HOMÖOPATHISCHE MEDIKAMENTE ein?** Bitte auflisten (soweit bekannt)!

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

© **Welche ANDEREN THERAPIEFORMEN (außer der Schulmedizin) erhält Ihr Kind noch?**

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

Wie haben Sie als Mutter die Schwangerschaft erlebt? Gab es Beschwerden, Sorgen, Ängste, Erkrankungen, Medikamenteneinnahmen während der Schwangerschaft oder Geburt? Wie war die erste Zeit nach der Geburt?

© **Wie war/ist die ENTWICKLUNG Ihres Kindes? Ist die Entwicklung rascher oder langsamer als erwartet gewesen?** Gehen, Sprechen, Zahnung, usw.

© **NUR FÜR MÄDCHEN:**

Alter bei der ersten Menstruation: _____ **Ist ein Ausfluss vorhanden?** _____

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, usw.)?

⊙ **Welche Nahrungsmittel mag Ihr Kind BESONDERS GERN, gegen welche hat es eine ABNEIGUNG 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			
Geselchtes				Reis				Salat			
sauer				scharf				süß			
bitter				salzig				fett			
Heißes				Kaltes							

○ _____

⊙ **Wie würden Sie Ihr Kind kurz BESCHREIBEN? Wie ist das Wesen Ihres Kindes?**

Wie ist meistens der Gemütszustand Ihres Kindes?

⊙ **Was ist „TYPISCH“ für Ihr Kind?**

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

Was kann Ihr Kind besonders gut? Was fällt Ihrem Kind schwer? Hat Ihr Kind besondere Fähigkeiten, Interessen, Hobbies, usw.?

© **Welche ÄNGSTE und/oder SORGEN hat Ihr Kind?**

© **Was kann Ihr Kind gar NICHT LEIDEN? Auf was reagiert Ihr Kind EMPFINDLICH?**

© **In welchen Aspekten fordert Sie Ihr Kind? Was hätten Sie gern VERÄNDERT?**

© **Gibt es NOCH ETWAS NENNENSWERTES zw. EINSCHNEIDENDES aus dem Leben Ihres Kindes, das unter den bisherigen Punkten nicht dabei war?** Gibt es noch wichtige Punkte aus der Lebensgeschichte Ihres Kindes?