

Ellen Kruschwitz
Heilpraktikerin
Homöopathie
Schüßler Mineralsalztherapie

Fragebogen für die homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Lieber Patient, liebe Eltern!

In der Homöopathie ist die Erhebung der sogenannten Erstanamnese die Basis für ein individuelles Therapiekonzept. Zur Vorbereitung auf diesen Termin bitte ich Sie darum, sich etwas Zeit zu nehmen und den Fragebogen in Ruhe durchzugehen. Es genügt, wenn Sie in Stichwortform antworten. Wir werden während der Anamnese Zeit haben, die Antworten gemeinsam durchzugehen. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte die Rückseite. Besonders wichtig ist mir die persönliche Einschätzung zum Charakter, zu den Beschwerden und dem Befinden Ihres Kindes. Bitte schildern Sie hier so detailliert wie möglich. Gerade ungewöhnlich oder komisch erscheinende Beobachtungen sind oft sehr wichtig, um Ihr Kind in seiner Ganzheit als einzigartiges Individuum zu sehen.
Selbstverständlich behandle ich alle Antworten vertraulich.

Vielen Dank.

Patientenangaben

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Gewicht/Größe:

Geschwisterreihe/-anzahl:

Mutter/Vater:

Adresse:

Telefon/E-Mail:

Erstkonsultation am:

Am Treptower Park 51
12435 Berlin

Telefon: 030 - 23 92 15 83
www.heilwerkberlin.de

HEILWERK

Aktuelle Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Wie spürt/ empfindet Ihr Kind die Beschwerden?

Wodurch bessern/ verschlechtern sich die Symptome/ Beschwerden?

Welche Behandlung haben Sie bereits unternommen? Und wie war der Erfolg?

**Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und wie oft?
Bitte listen Sie auch Substitutionsmittel (z.B. Vitamine) auf.**



Familienvorgeschichte

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkolose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäß-
erkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Geschlechts-
erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Süchte | <input type="checkbox"/> Angeborene
Missbildungen |

Wie ist Ihre Familiensituation? Gab es Trennungen oder Schicksalsschläge?



Eigene Vorgeschichte

Gab es Beschwerden/Störungen der Mutter in der Schwangerschaft? (körperlich und seelisch)?

**Haben sie während der Schwangerschaft mit Ihrem Kind Medikamente eingenommen?
(Hormone, Eisen, Vitamine, Magnesium)**

War die Geburt Ihres Kindes eine natürliche? Gab es Geburtskomplikationen?

Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

Wann begann Ihr Kind zu laufen und zu sprechen?



Krankengeschichte ihres Kindes

Bitte erfassen Sie die bisherigen Erkrankungen und Operationen Ihres Kindes chronologisch!



Hat oder hatte Ihr Kind Hauterscheinungen oder Warzen?

Gibt es Zahnerkrankungen?

Bekommt Ihr Kind leicht blaue Flecke?

Wie haben Sie Alltagsbeschwerden Ihres Kindes (Erkältungen u.ä.) bislang behandelt?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher bekommen und wann?

Allgemeine Fragen

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

Welche Speisen/Nahrungsmittel isst Ihr Kind besonders gerne?

Welche Nahrungsmittel mag Ihr Kind überhaupt nicht?

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihr Kind nicht verträgt oder gegen die eine Allergie besteht?



Hat Ihr Kind allgemein viel oder weniger Durst? Welche Getränke werden bevorzugt?

Ist Ihr Kind empfindlich gegenüber bestimmten Wetterlagen?

Wie ist der Wärmehaushalt Ihres Kindes? Friert es leicht oder ist ihm eher zu warm?

Wie ist der Fieberverlauf meistens?

Schwitzt Ihr Kind leicht, schwer oder wenig? Wann und an welchen Körperteilen?

Wie ist der Schlaf Ihres Kindes? (Schlaflage, Einschlafen/Durchschlafen/Aufwachen, Bettnässen u.a.)

Gibt es Träume/Traumthemen an die sich Ihr Kind erinnert und die sich eventuell wiederholen?

Gemüt

Mit welchen Eigenschaften würden Sie Ihr Kind kurz beschreiben?

Und für größere Kinder: Mit welchen Eigenschaften würdest Du Dich selbst kurz beschreiben?



Gibt es Verhaltensweisen bei Ihrem Kind, die sie auffällig oder ungewöhnlich finden?

Wie würden Sie das Temperament und das Selbstvertrauen bei Ihrem Kind beschreiben?

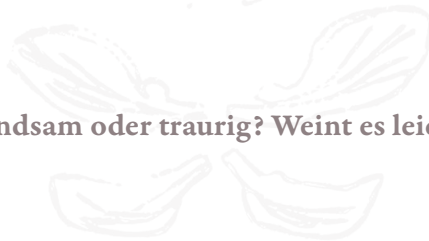
Hat Ihr Kind Ängste? Und wenn ja, wovor?



Zeigt Ihr Kind Ärger und Wut? Und wenn ja, wie?



War oder ist Ihr Kind eifersüchtig?



Worauf reagiert Ihr Kind empfindsam oder traurig? Weint es leicht? Lässt es sich trösten?

Gibt es besondere schulische Probleme?



Am Treptower Park 51
12435 Berlin
Telefon: 030 - 23 92 15 83
www.heilwerkberlin.de