

# Homöopathischer Fragebogen/Kinder

Jessica Störring  
Heilpraktikerin

Panoramastr. 1  
10178 Berlin  
Tel: 030 240 88 111

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, bitte nehmen Sie sich genügend Zeit beim Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es, zu unterstreichen. Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben.

Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was verbessert, was verschlechtert, wann ist etwas erstmalig aufgetreten, etc.: Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie alles.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

**Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind? Z.B. auch: wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter, etc.:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? Z.B.: eine Erkrankung, Impfung, Kummer, Sorgen, Schock, Unfall, Ärger, etc.:**

---

---

---

## Homöopathischer Fragebogen/Kinder

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? Welche? Bringen Sie bitte alle Beipackzettel mit:

---

---

---

Hat Ihr Kind im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison genommen? Wenn ja, warum?

- Ja

---

- Nein

Welche Krankheiten in Ihrer Familie (auch Eltern, Großeltern) sind Ihnen bekannt? Z.B.: Bluthochdruck, Schlaganfall, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Diabetes, Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Selbsttötung, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte, Rheuma, Asthma, Herzkrankheiten, etc.:

---

---

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen? (Bringen Sie bitte den Impfpass mit). Z.B.: Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Polio, Tuberkulose, FSME, Hepatitis, Meningokokken, etc.:

---

---

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? Z.B.: Fieber, Hautveränderungen, Magen- Darm- Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Lymphknotenschwellungen, etc.:

---

---

Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Z.B.: Masern, Mumpf, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Pfeiffersches Drüsenfieber, Windpocken, etc.:

---

---

Hat Ihr Kind Beschwerden in Bezug auf:

Kopf, z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, etc.:

---

---

Gab es bei Ihrem Kind Milchschorf?

---

## Homöopathischer Fragebogen/Kinder

**Augen**, z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen, Druck, etc.:

---

---

**Nase**, z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Krustenbildung, etc.:

---

---

**Ohren**, z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen, etc.:

---

---

**Mund**, z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluß, Aphten, etc.:

---

---

**Zähne**, z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, wurzelbehandelte Zähne, Zahnersatz, Kronen, etc.:

---

---

Wann kam der erste Milchzahn?

---

---

**Hals**, z.B. Mandelentzündungen, Schluckbeschwerden, Kloßgefühl, etc.:

---

---

**Schilddrüse**, z.B. Unterfunktion, Überfunktion, Druck- Kloßgefühl, etc.:

---

---

**Lunge**, z.B. häufiger Husten (zu welcher Tageszeit, morgens, nachts), Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, etc.:

---

---

**Bewegungsapparat**, z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, etc.:

---

---

Mit wie viel Monaten lief Ihr Kind?

---

---

## Homöopathischer Fragebogen/Kinder

Rücken, z.B. Hexenschuss, Wirbelsäulenveränderungen, etc.:

---

---

Magen- Darm- Trakt, z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, etc.:

---

---

Stuhlgang: \_\_\_ Mal täglich; jeden \_\_\_ Tag

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls? Z.B hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, unverdaut, hart, trocken, dünn, wässrig, schmerzhaft, etc.:

---

---

Urogenitaltrakt, z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, etc.:

---

---

Urin, wenig, viel, oft, blutig, nachts, Geruch, Farbe, etc.:

---

---

Haut, z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, etc.:

---

---

Haare, z.B. Haarwuchs schnell/ langsam, plötzlicher Haarausfall, etc.:

---

---

Nägel, z.B. fleckig, spröde, deformiert, eingewachsen, etc.:

---

---

Schlaf, z.B. unruhig, Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Träume, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, aufgedeckt, nur Füße aufgedeckt, etc.:

---

---

## Homöopathischer Fragebogen/Kinder

**Schlaflage**, z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, etc.:

---

---

**Appetit**, z.B. normal, keinen, wenig, viel, Heißhunger nachts, etc.:

---

---

Verlangen nach, z.B. Süßem, Saurem, Salzigem, Scharfem, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Butter, Gemüse, Zwiebeln, Obst, etc.:

---

---

Abneigung gegen, z.B. Süßes, Saures, Salziges, Scharfes, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Gemüse, Zwiebeln, Obst, etc.:

---

---

**Durst**, z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes, große Mengen, kleine Mengen, nachts, etc.:

---

---

**Geschmacksbeeinträchtigung**, z.B. schmeckt alles süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, faulig, etc.:

---

---

**Schweiß**, z.B. Kopf, Brust, Rücken, Achseln, Hände, Füße, kalt, warm, klebrig, übelriechend, nachts, nervös, etc.:

---

---

**Temperaturempfinden**, z.B. frostig, kalte Hände/ Füße, kalte Füße/ Beine, hitzig, warme Hände/ Füße, warme Füße/ Beine, Wärmflasche, etc.:

---

---

**Stimmung**, z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, etc.:

---

---

**Temperament**, z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, etc.:

---

---

## Homöopathischer Fragebogen/Kinder

Geselligkeit, z.B. einsam, gesellig, lieber alleine, etc.:

---

---

Wovor hat Ihr Kind Angst?

---

---