

Großer Homöopathie- Fragebogen (K) (HP Gregor Bendel)



Sehr geehrte Eltern,

dieser Fragebogen sollte von Ihnen vor dem ersten Anamnesegespräch in aller Ruhe alleine oder mit Ihrem Kind ausgefüllt werden, und ca. 1 Woche vor dem ersten Termin in der Praxis abgegeben werden. Das erleichtert und verkürzt die Erstkonsultation. Um die Besonderheiten einer homöopathischen Behandlung besser verstehen zu können, lesen Sie bitte die Infoblätter durch, welche dem Fragebogen beiliegen oder in der Praxis erhältlich sind. Sollten Sie darüber hinaus noch Fragen haben, gebe ich Ihnen in einem Vorgespräch gerne Auskunft. Um eine homöopathische Therapie erfolgreich durchzuführen, bedarf es einer intensiven Mitarbeit des Patienten und wenn der Patient durch seine Krankheit oder sein Alter selbst nicht in der Lage ist, die der Angehörigen oder Betreuer. In einem ausführlichen Gespräch und der Eingangsuntersuchung werden die Krankheit und ihre Besonderheiten vom Therapeuten aufgenommen und aufgezeichnet, damit das heilende Arzneimittel erfolgreich eingesetzt werden kann. Sowohl bei der Erstanamnese, als auch später während des Therapieverlaufes ist die genaue Beobachtung und Mitteilung der Beschwerden durch den Patienten an den Therapeuten eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Heilung (oder Linderung) der Krankheit gelingt. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen gewissenhaft und ehrlich aus. Falls Ihnen etwas unklar ist, markieren Sie es bitte mit einem Fragezeichen, dass wir es bei dem Erstanamnesegespräch klären können.

Ihre Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden nach aktuell geltenden Datenschutzregeln behandelt. Je nach Umfang und Art der Krankheit beträgt der Zeitaufwand für die Erstanamnese, inklusive Auswertung aller Daten und Erstellung des Therapieplanes ein bis drei Stunden. Die anfallenden Kosten entnehmen Sie bitte der aktuell gültigen Honorarliste.

Bitte bringen Sie zur Erstkonsultation mit: (in Kopie oder zum Kopieren)

- Ärztliche Krankenberichte und Befunde (falls vorhanden)
- Alle Medikamente, die Sie zur Zeit nehmen oder geben, oder bis vor kurzem genommen wurden
- Impfausweis
- U-Heft und Mutterpass
- Evtl. Zeugnisse oder Befunde/Berichte von Ergotherapeuten, Logopäden etc.

Angaben zur Person:

Name, Vorname:.....

Straße, Hausnummer:.....

Wohnort:.....

Telefon/Email:.....

Geburtsdatum:.....Größe/Gewicht:.....

Geschwisterreihe/-anzahl
..... Versicherung:.....

Mutter:
Name/Vorname/Alter/Größe:.....

Vater: Name/Vorname/Alter/Größe:.....

Fragebogen ausgefüllt am:.....

1 Familienanamnese:

Gab es bisher in Ihrer Familie schwerere Erkrankungen (bei den Großeltern, Eltern, Geschwistern) wie z.B. Tumore, Tuberkulose, Stoffwechselerkrankungen, Geisteskrankheiten, Selbstmorde, Geschlechtskrankheiten, etc.? Bitte listen Sie auf, was Ihnen bekannt ist.

Geschwister		Geschwister		Patient		Geschwister		Geschwister			
Mutter					Vater						
Mutter			Vater			Mutter			Vater		
Mutter		Vater		Mutter		Vater		Mutter		Vater	

Bisherige Erkrankungen, Operationen, Ereignisse in chronologischer Reihenfolge:

Jahr	Monat	Alter	Krankheiten, Operationen, Ereignisse	Medikamente, Impfungen, Allopathie, Therapie etc.
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				

2010				
2011				
2012				
2013				
2014				
2015				
2016				
2017				

2 Spontanbericht An welchen Symptomen leidet Ihr Kind zur Zeit, was führt Sie in die homöopathische Sprechstunde? Bitte beschreiben Sie die Symptome genau und geben Sie an, was die Symptome verändert, bessert, verschlimmert, wann die Symptome auftreten (Tageszeiten, Jahreszeiten) und wie Ihr Kind die Symptome äußert.

3 Causa. Seit wann bestehen die Beschwerden, was war prägend oder hat sich geändert in der Zeit oder kurz bevor die Beschwerden begannen (Trauer, Schreck, Umzug, Trennung, Kindergarten, Einschulung, Krankheit, Impfung, Ärger, Unterkühlung etc.) Wie haben sich die Beschwerden seit dem entwickelt, welche Therapien wurden angewendet (Medikamente)?

Bei Bedarf verwenden Sie bitte ein Extrablatt oder die Rückseite.

4 Modalitäten. Was bessert die Beschwerden? Was macht Ihr Kind, um sich Linderung zu verschaffen? (außer Medikamente) Was verschlechtert die Beschwerden? Wodurch werden sie ausgelöst? (Bewegung, Ruhe, Kälte, Wärme, Druck, Reiben, Dunkelheit, frische Luft, Trinken, Essen, Liegen, Musik, Lärm etc.)

5 Wie verlief die **Schwangerschaft**, gab es Auffälligkeiten, besondere Untersuchungen, besondere Ereignisse, Erlebnisse? Wie war der Gewichtsverlauf? Ging es Ihnen während der Schwangerschaft besser oder schlechter als sonst? War Ihr Gemüt während der Schwangerschaft verändert?

6 Wie verlief die Geburt? Bekamen Sie Medikamente? Wehen fördernde Mittel ? Kaiserschnitt? Schmerzmittel? Entbindung mit Saugglocke /Zange?

7 Geburtsgewicht / Länge / Kopfumfang:.....

Gab es direkt nach der Geburt Auffälligkeiten? (Atemstörungen, schlechte Apgar-Werte, Krämpfe, Nabelschnurstrangulation, Schlüsselbeinbruch, Gelbsucht(wie lange, wie stark?))

8 Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt? Wie lange teils? - Gab es Probleme beim Stillen?

9 Gab es Probleme mit der Ernährung in den ersten Wochen (Speikind, schlechter Trinker)?

--	--

10 Gab es in den ersten 4 Wochen akute Erkrankungen? Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen geimpft? Gab es da auffällige Reaktionen?

11 Gab es sonst Besonderheiten während der ersten 6 Monate, was die Entwicklung Ihres Kindes angeht?

12 Gab es Besonderheiten, was die Entwicklung in den ersten 18 Monaten betrifft, bezüglich Krabbeln, Laufen, Sprechen, Zahnen etc.? War ihr Kind eher Früh- oder Spätentwickler? Gibt es Sprachstörungen oder Koordinationsstörungen? Wirkt Ihr Kind altersgemäß?

13 Neigt Ihr Kind zu bestimmten Erkrankungen? Zu welchen, wie häufig, wie wurden diese bisher behandelt? Wie sind diese verlaufen?

14 Gab es bisher Symptome an der Haut? Wenn ja, welche ? Ekzeme, Pickel, Eiterungen, Verbrennungen, Entzündungen, Warzen ? Wie wurden diese behandelt, haben Sie Erklärungen, woher sie kommen könnten (Sonne, Nahrungsmittel, Medikamente, Impfungen)

15 Neigt Ihr Kind zu Beschwerden des Verdauungstraktes? (Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfälle, Verstopfung etc.) Kennen Sie Auslöser für solche Beschwerden, wie werden sie geäußert, was bessert sie?

16 Impfungen Gab es im Zusammenhang mit Impfungen einmal Beschwerden, Nebenwirkungen oder Krankheiten, obwohl gegen diese geimpft wurde? Welche wurden durchgeführt?

17 Beschreiben Sie bitte die Körperkonstitution Ihres Kindes (dick, dünn, groß, klein, straffes Gewebe, schlaffes Gewebe, kleiner Kopf, dicker Bauch, Haarfarbe, Augenfarbe, helle/dunkle Haut usw.)

18 Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes Kind?

--	--

19 Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?

20 Ist Ihr Kind geräuschempfindlich oder geruchsempfindlich ?

--	--

21 Ist Ihr Kind empfindlich gegen Kleider ? (Wolle, Lätzchen um den Hals, Gürtel, enge Sachen)

--	--

22 Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich? Sehr kitzelig? Wo besonders (z.B. an der Wirbelsäule)?

23 Möchte es dauernd getragen werden, auf den Schoß, schmusen, oder will es manchmal nicht angefasst oder angesehen werden?

24 Wie geht es Ihrem Kind bei Schnee, Regen, Sonne, Hitze, Kälte, Nebel, Gewitter, Wind?

25 Gibt es Tageszeiten oder Jahreszeiten, während denen es Ihrem Kind schlechter geht, als zu der übrigen Zeit?

26 Wie ist der, wie war der Schlaf Ihres Kindes? (Einschlafen, häufiges Erwachen, leichter Schlaf, schwer zu erwecken, frühes Erwachen, Schlaf mit offenem Mund, in welcher Lage schläft Ihr Kind meistens, rollt es mit dem Kopf, ist es zugedeckt oder meist freigestrampelt, schreit es öfter nachts auf, wandelt es umher, knirscht es mit den Zähnen, Träumt es viel und was träumt es, spricht es im Schlaf, nässt es ein und wann dann, z.B. im ersten Schlaf oder nach Mitternacht etc.?)

27 ist der Appetit Ihres Kindes? Gibt es Heißhungeranfälle? Schwitzt Ihr Kind beim Essen?

28 Wie ist der Durst, trinkt Ihr Kind lieber kalte oder warme Getränke, wie kalt und wie warm, wie groß ist die Trinkmenge in 24 Stunden?

--	--

29 Nach welchen Nahrungsmitteln hat Ihr Kind ein ausgeprägtes Verlangen, was sind seine Leibspeisen? Isst es lieber süß, sauer, salzig, deftig, fettig etc.?

30 Gegen welche Nahrungsmittel gibt es eine Abneigung oder Ekel?

31 Sind Ihnen bei Ihrem Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten aufgefallen?

--	--

32 Bekommt Ihr Kind schnell Fieber und wie ist der Verlauf?

33 Augen: Können Sie etwas berichten, was die Augen Ihres Kindes angeht? (Entzündungen, Sehfehler, Zuckungen, Tränenkanalverstopfung, Lichtempfindlichkeit etc.)

34 Ohren: Können Sie etwas berichten, was die Ohren Ihres Kindes angeht? (Entzündungen, Ausfluss, Ohrschmalz auffällig Schmerzen, re. oder li. Ohr mehr betroffen, Empfindlichkeit gegen Wind, Ekzeme, Jucken, Ohrgeräusche, etc.)

35 Nase: Können Sie etwas berichten, was die Nase Ihres Kindes angeht? (Schnupfenneigung, Niesanfälle, Sekrete, Verstopfung, Trockenheit, Nasenbluten, Ekzeme, Polypen, Geruchsempfindlichkeit etc.)

36 Mund: Gibt es Symptome im Mundbereich? (Ekzeme, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Mundgeruch, belegte Zunge etc.)

37 Zähne: Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf die Zähne und die Zahnung? (Zahnung verspätet, verlangsamt, erschwert, frühzeitige Karies, Fehlstellungen etc.)

--	--

38 Hals/Kehlkopf: Gibt es dort Symptome? (Lymphknotenschwellungen, Husten, Krupp, Mandelentzündungen, Heiserkeit etc.)

39 Atmung/Husten: Gibt es da Auffälligkeiten? (Husten, Atemnot, Atemgeräusche, Schleimrasseln, Bronchitis, Auswurf, wie ist dessen Konsistenz und Aussehen, Asthma, häufige Infekte, wie wurden diese behandelt etc.)

40 Verdauung: Blähbauch, Bauchschmerzen, bitte genau beschreiben, Neigung zum Erbrechen, wie ist der Stuhlgang in Bezug auf Farbe, Geruch, Konsistenz und Frequenz, Durchfall, Verstopfung, Afterjucken, Ekzeme, Windeldermatitis etc.)

41 Nieren/Blase: (Entzündungen, Einnässen, Farbe, Geruch, Menge des Urins etc.)

--	--

42 Genitalien: (War die bisherige Entwicklung normal, Hodenhochstand, Vorhautverengung, Ausfluss, Entzündungen, etc.)

43 Knochenbau/Haltung/Motorik: Gibt es da Auffälligkeiten? (Laufen, Gehen, Krabbeln, Fehlstellungen, wie ist das Längenwachstum, Hüftgelenksdysplasie, Ungeschicklichkeit, gab es schon Knochenbrüche?)

44 Wie sind **Hände und Füße** vorwiegend ?(kalt/warm, schweißig, verfärbt, sind die Nägel verändert)

45 Gibt es Symptome/Auffälligkeiten an der **Haut**? (Ekzeme, trockene Stellen, Ausschläge, Juckreiz, Entzündungen, Abszesse, Warzen, wurden Warzen entfernt, Leberflecken, außergewöhnliche Behaarung)

46 Wie ist das **Schweiß**verhalten? (schnelles schwitzen, an welchen Körperstellen vor allem, Nachtschweiß, wie riecht der Schweiß)

47 Ist die Wundheilung auffällig langsam, besteht Neigung zu blauen Flecken?

--	--

48 Bitte beschreiben Sie das **Gemüt** Ihres Kindes sehr genau, auch wie es sich bei Krankheiten ändert, bitte unterstreichen Sie zutreffendes:

apathisch, gleichgültig, gegen alles, argwöhnisch, misstrauisch, eifersüchtig, furchtlos, wagemutig, hochmütig, stolz, hysterisch, wechselhaft, klagend, melancholisch, niedergeschlagen, mutlos, besorgt, mild, sanft, nachgiebig, geizig, mitleidend, nervös, aufgeregt, zappelig, schlampig, schüchtern, furchtsam, schweigsam, mürrisch, verdrießlich, sorgenvoll, seufzend, introvertiert, weinerlich, sentimental, überempfindlich, Widerspruch wird nicht vertragen, über Kleinigkeiten verärgert, unentschlossen, ungeduldig, beleidigend, rachsüchtig, trotzig, launisch, eigensinnig, wählerisch, ohne Selbstvertrauen, leicht erregbar, zornig, anhänglich, Trost suchend, lehnt es Trost ab, weinerlich, schreckhaft, ängstlich, wann und vor was, schüchtern, selbstbewusst, hinterlistig, Ausdauer beim Spielen, Kontaktfähigkeit, Einzelgänger, kummervoll, etc.

49 Wie ist sein Sozialverhalten? - Zeigt es Mitgefühl? Ist es gar mitleidend? Will es im Mittelpunkt sein? Etc.

50 Wie steht es mit Ihrer Konzentrationsfähigkeit? Wie ist Ihre Merkfähigkeit für Namen, Zahlen, Orte etc.?

Vielen Dank für Ihre Ausdauer beim Beantworten der Fragen. Wenn sie das Gefühl haben, noch etwas Wichtiges hinzufügen zu müssen, bitte ich Sie, das auf der Rückseite zu tun:
