

## HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN FÜR KINDER

(von Matthias Richter)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschwister \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Haarfarbe: \_\_\_\_\_

Kranken-Versicherung: \_\_\_\_\_

Mutter - Name/Vorname/Alter: \_\_\_\_\_

Vater - Name/Vorname/Alter: \_\_\_\_\_

*Farbfoto Ihres Kindes wenn möglich, bitte beilegen.*

Bitte unterstreichen Sie die für Ihr Kind zutreffenden Fragen, und/oder beantworten Sie auf dem dafür freigelassenen Raum.

Fragebogen und Behandlung unterliegen der Schweigepflicht.

### **A. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie mit Ihrem Kind in homöopathische Behandlung?**

seit wann gibt es diese Beschwerden?

wo genau sind sie (falls bestimmbar)?

wie fühlen sich die Schmerzen an (falls vorhanden und beschreibbar)?

was bessert die Beschwerden (auch wenn vielleicht nur kurz Linderung eintritt)?

was verschlimmert die Beschwerden?

gibt es bestimmte Zeiten, zu denen die Beschwerden schlimmer sind?

wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst?

sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktikern schon Diagnosen gestellt worden und welche? Berichte usw. bitte zur Erstkonsultation mitbringen!

welche Medikamente hat Ihr Kind in der letzten Zeit bekommen oder nimmt sie noch?

## B. In der Familie

Hat es bei den **Vorfahren Ihres Kindes**, Geschwistern, sonstigen Blutsverwandten auffällige oder schwerwiegende Krankheiten gegeben? z.B. Krebs, psychische oder Geisteskrankheiten, Selbstmord, Süchte, Medikamentenmissbrauch, Impfschäden, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Gicht, Rheuma, Steinleiden (Nieren-/Gallensteine), Leberkrankheiten, Magen-Darm-Beschwerden, Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Hautkrankheiten, Allergien, Asthma, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.

## C. Vorgeschichte des Kindes

### 1. Schwangerschaft und Geburt

#### Fragen an die **Mutter**

Gab es Auffälligkeiten, Probleme oder Krankheiten während bzw. vor Ihrer Schwangerschaft?

Kam es in der Schwangerschaft zu größeren emotionalen Problemen, Ängsten, psychischen Schockerlebnissen oder Ähnlichem?

Wie ist die Geburt verlaufen? Hausgeburt? In der Klinik? Gab es Komplikationen? Musste die Geburt eingeleitet werden? Frühgeburt? Kaiserschnitt? Narkose unter der Geburt? Sonstiges?

Ist es nach der Geburt bei der Mutter zu Schwierigkeiten gekommen?

### 2. Das Kind

Gab es Auffälligkeiten beim Neugeborenen? Wie war der Apgar-Wert (ist im Mutterpass verzeichnet)? Haben die Hebammen oder Ärzte sonstige Besonderheiten erwähnt?

Musste das Kind im Krankenhaus bleiben und wenn ja, aus welchen Gründen? Wurden ihm Medikamente verabreicht? Welche? Für längere Zeit?

War Ihr Kind in den ersten Tagen nach der Geburt auffallend ruhig oder unruhig?

Fiel Ihnen eine auffällige Behaarung bei Ihrem Kind auf, z.B. im Bereich des Rückens?

Gab es auf der Haut Auffälligkeiten, z.B. rote Flecke oder einen sog. „Storchenbiss“?

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind bekommen? Wie hat es sie vertragen? Wann wurde geimpft?

Traten im Zeitraum von ca. 4 Wochen nach einer Impfung irgendwelche Veränderungen beim Kind auf?

Bitte den **Impfpass** mitbringen!

Welche **Kinderkrankheiten** und andere **Infektionskrankheiten** hat Ihr Kind durchgemacht? Welche besonders stark, wann war das, blieb etwas zurück? Welche wurden antibiotisch oder anderweitig behandelt?

z.B. Masern, Scharlach, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Dreitagefieber, Windpocken, Mandelentzündungen, Mittelohrentzündungen, Bindehautentzündungen, Bronchitis, Lungen- oder Rippenfellentzündung, Grippe, Pfeiffersches Drüsenfieber, Nieren- Blasen-, Harnröhrentzündung usw.?

Welche **anderen Erscheinungen** hat es gegeben? z.B. Polypen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Lymphdrüenschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Verbrennungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit, Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsbeschwerden, Rachitis, Würmer, Verstopfungen, Durchfälle, auffällige psychische Verhaltensweisen, Ängste usw.?

Fiebert Ihr Kind häufig? Ist das Fieber dann eher hoch? Wie ist der Allgemeinzustand des Kindes im Fieber? Gibt es häufig Infekte?

Hat es in der Vergangenheit Ihres Kindes in **bestimmten Regionen** oder **Funktionen** schon einmal stärkere Beschwerden gegeben (bitte unterstreichen und gegebenenfalls erläutern): Psyche, Schwindel, Kopf, Augen, Sehfähigkeit, Ohren, Hörfähigkeit, Nase, Geruchssinn, Gesicht, Mund, Zähne, Zunge, Mandeln, Hals, Schilddrüse, Magen, Bauch, Leber, Gallenblase, Darm, Bauchspeicheldrüse, Verdauung, Stuhlgang, Nieren, Blase, Genitalien, Kehlkopf, Atmung, Husten, Lungen, Herz, Kreislauf, Rücken, Arme und Beine, Muskeln, Gelenke und Knochen, Haut, Fieber, Schwitzen/Frieren, Sonstiges? Können Sie das erste Auftreten dieser Beschwerden zeitlich (ungefähr) zuordnen?

Welche **Operationen** wurden an Ihrem Kind vorgenommen? (Bitte mit Zeitangabe)

Welche **Verletzungen** hatte Ihr Kind? z.B. Geburtsverletzung (auch Kaiserschnitt, Zangengeburt etc.), Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Unfälle, Schock usw.?

Gab es in der bisherigen **Entwicklung** ihres Kindes Auffälligkeiten (körperlich/emotional/geistig)? War die Entwicklung insgesamt oder in Teilbereichen deutlich zu schnell oder zu langsam?

## D. Allgemeines

Gibt es bestimmte **Zeiten**, zu denen es Ihrem Kind deutlich besser oder schlechter geht? Tageszeiten, Jahreszeiten, Mondphasen, bestimmte Zeitrhythmen?

Treten Symptome bevorzugt auf einer **Körperseite** auf, also tendenziell immer nur links oder rechts? Ist Ihr Kind Links- oder Rechtshänder, Beidhänder oder wurden es einmal umerzogen?

Leidet Ihr Kind unter **Wetterfähigkeit**? Reagiert es auf Wetterwechsel und wenn ja von trocken zu feucht oder umgekehrt? Von kalt zu warm oder umgekehrt? Spürt es Tiefdruckgebiete oder Gewitter vorher schon? Wie kommt es mit Sturm, Wind, Gewitter klar? Brauchen es unbedingt frische Luft? Geht es ihm am Meer oder in den Bergen deutlich besser/schlechter? Gibt es bestimmte Klimagebiete, die es nicht verträgt oder in denen seine Beschwerden besser werden? Was genau tritt dann auf?

Ist Ihr Kind jemand, dem tendenziell eher **zu kalt** oder **zu warm** ist? Ist es als erster mit einer dicken Jacke unterwegs, wenn es kühler wird oder trägt es noch Sommersachen, wenn alle anderen schon wärmer angezogen sind? Ist ihm an bestimmten Stellen schnell zu kalt oder zu warm, z.B. Hände, Füße, Nasenspitze oder sonst wo?

Wie ist die **Wärmeregulation** Ihres Kindes? z.B. kalte Hände, kalte Füße, warme Hände, warme Füße, ein Fuß kalt und der andere warm, insgesamt oft heiß oder dauernd fröstelig, Neigung zu Schüttelfrost, Fieberneigung, nie Fieber, hohes Fieber usw.? Machen Sie nähere Angaben!

Neigt Ihr Kind leicht zum **Schwitzen**, oder schwitzt es eher gar nicht? Ist der Schweiß Ihrem Kind selbst unangenehm, erleichtert der Schweiß eher, tritt er an bestimmten Körperstellen bevorzugt auf, ist der Schweiß warm oder eher kühl, tagsüber, nachts, in bestimmten Situationen vermehrt, riecht der Schweiß stark und wenn ja, wonach?

Wie ist es mit dem **Schlaf** Ihres Kindes? Ist er gestört? Hat es Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, gibt es bestimmte Zeiten? Bessert Schlaf, oder fühlt es sich nach langem Schlaf unerholt? Wacht es leicht auf, wie fühlt es sich morgens beim Erwachen? Bessert ein kurzes Nickerchen? Schläft es bevorzugt auf einer bestimmten Seite oder kann es auf einer bestimmten Seite gar nicht liegen? Schläft es zugedeckt oder deckt es sich ab? Wenn ja, welche

Körperteile sind abgedeckt? Braucht es nachts frische Luft, auch im Winter? Zuckt, schreit, lacht, spricht, weint oder schlägt es im Schlaf? Schnarchen es? Knirscht es mit den Zähnen? Macht es sonst etwas auffälliges im Schlaf?

Wird der Schlaf oft durch bestimmte **Erscheinungen** gestört? z.B. Herzklopfen, Hunger, Unruhe, Schwitzen, Aufschreien, Zuckungen, Bewegen der Glieder, Träume usw.?

Gibt es einen bestimmten **Traum** oder Träume, die Ihr Kind immer wieder hat? Neigung zu Alpträumen?

Wie verträgt Ihr Kind Bahn-, Auto-, Schiffs- oder **Flugreisen**?

Leiden Ihr Kind unter bestimmten **Überempfindlichkeiten**, z.B. gegen Gerüche, Geräusche, Licht, Berührung, anderen äußeren Einflüssen? Hat es besondere Allergien oder Unverträglichkeiten?

Verschlimmern oder verbessern bestimmte **Körperhaltungen oder -verrichtungen** den Zustand deutlich? Z.B. Ruhe, Bewegung, körperliche Anstrengung, Sport, Tanzen, leichte Bewegung, schwere körperliche Arbeit, Liegen, Stehen, Sitzen etc.?

Ist Ihr Kind sehr **druck- oder berührungsempfindlich**? In bestimmten Bereichen?

Bekommt es leicht "**blaue Flecke**"?

Wie verhält sich die **Haut** bei Verletzungen? Heilen diese schnell, gibt es Narben oder Sonstiges?

Wie ist es mit der Neigung zu **Krämpfen**? Z.B. der Muskulatur? Hat Ihr Kind öfters Wadenkrämpfe oder krampfartige Erscheinungen, Zuckungen, Muskelhüpfen, Sehnenhüpfen, Lidzucken, Grimassieren, Tics, unwillkürliche Bewegungen etc.? An welchen Stellen, zu welchen Zeiten, in welchen Situationen? Hat es schon einmal **Krampfanfälle**, Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle gehabt? Wenn ja, wie sind diese genau verlaufen, unter welchen Umständen?

Kommt es wiederkehrend zu **Absonderungen** aus bestimmten Körperteilen?

## E. Körperregionen

**Kopf:** z.B. Kopfschmerzen, Haarausfall, Schuppenbildung, Juckreiz, Kopfschweiß, Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut etc.

**Augen:** z.B. Augenentzündungen, Sehstörungen, Lichtempfindlichkeit, Schielen etc.

**Ohren:** z.B. Ohrenentzündungen, Ohrenschmerzen, Hautausschläge, Absonderungen, Ohrgeräusche Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit etc.

**Nase:** z.B. Hautausschläge, Nasenbluten, wiederkehrende Infekte, Nasennebenhöhlenentzündungen, Krusten in der Nase, Geruchssinn gestört etc.

**Gesicht:** z.B. Hautausschläge, Blutandrang zum Gesicht, Schweiß, Gesichtsfarbe, fettige oder trockene Gesichtshaut etc.

**Mund:** z.B. zu wenig oder zu viel Speichelfluss, besonderer Mundgeschmack – oder Geruch, Lippenherpes, trockene Lippen, eingerissene Mundwinkel, Aphten, Zahneindrücke auf der Zunge, Risse auf der Zunge, Zahnfehlstellungen, Karies, sonstige Zahnprobleme etc.

**Hals:** z.B. Beschwerden mit den Mandeln, Schilddrüsenprobleme, Heiserkeit, Kehlkopfentzündungen, Schwellungen der Lymphknoten

**Atemwege:** z.B. Bronchitis, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, Pseudokrapp, auffällige Röntgenbefunde etc.

**Herz:** z.B. Rhythmusstörungen, Herzklopfen, Herzschmerzen, Herzschwäche, Klappenfehler, etc.

**Magen:** z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Magengeschwüre etc.

**Appetit:** z.B. Appetitstörungen, Essstörungen? Nimmt Ihr Kind schnell zu, wenn es normal isst, oder kann es viel essen und nimmt gar nicht zu? Kann es längere Zeit nichts essen, oder muss es regelmäßig Speisen zu sich nehmen? Kann es morgens früh schon essen?

Gibt es **Speisen oder Getränke**, die Ihr Kind nicht oder nicht gut verträgt oder allergisch darauf ist?

Welche Speisen/Getränke mag Ihr Kind sehr gerne?  
Welche lehnt es ab?

Wie ist das Trinkverhalten? Trinkt es eventuell zu viel oder zu wenig? Lieber warm oder kalt?

Hat Ihr Kind Probleme im Bereich des **Bauches** und seiner **Organe**? Z.B. Blähungsbeschwerden, Nabel- oder Leistenbrüche, Nabelabsonderungen, etc.

Wie ist die **Verdauung**? Gibt es auffällige Verstopfung oder die Neigung zu Durchfällen? Hat der Stuhl eine besondere Beschaffenheit, Farbe, Form, Geruch? Wenn es „muss“, kann es den Stuhl zurückhalten oder ist das schwierig? Wann war Ihr Kind sauber? etc.

Gib es Probleme beim **Wasserlassen**? z.B. muss Ihr Kind bei Harndrang sofort auf Toilette, damit es keinen Urin verliert? Geht ihm beim Husten, Lachen, Hüpfen oder Niesen etwas in die Hose? Gab oder gibt es Probleme mit nächtlichem Einnässen? Ist der Urin auffällig hell, dunkel, riechend, schaumig, blutig, hat er einen Bodensatz etc.

**Genitalien:** Gibt es in diesem Bereich Auffälligkeiten? Ist die Entwicklung „normal“?

**Gliedmaßen:**

Leidet oder litt Ihr Kind an Beschwerden im Bewegungsapparat oder Rücken? Wo, wann, wie?

Gibt oder gab es etwas Auffälliges an Knochen, Sehnen, Gelenken?

**F. Gemütssymptomatik**

Wie geht Ihr Kind mit Wut und Zorn um? Wie reagiert es auf Widerspruch? Wie verhält es sich bei Streitigkeiten? Zieht sich Ihr Kind in Konfliktsituationen eher zurück oder sucht es die Auseinandersetzung?

Weint Ihr Kind leicht? Ist es dann eher ein wütendes Weinen oder mitleiderregend? Wie reagiert Ihr Kind auf Trost?

Ist ihr Kind ein ängstliches Kind? Hat es besondere Ängste? Wovor? z.B. Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst, usw.?

Kann Ihr Kind spannende Geschichten hören oder Filme sehen? Oder bekommt es von diesen Dingen leicht Angst?

Ist Ihr Kind eher schüchtern/scheu, oder findet es schnell Kontakt zu anderen? Neigt es zu Distanzlosigkeit?

Wie verhält sich Ihr Kind Fremden gegenüber? Fremde Kinder? Fremde Erwachsene?

Versucht sich Ihr Kind anderen eher anzupassen, oder versucht es, andere zu dominieren und die eigenen Wünsche durchzusetzen?

Ist es im sozialen Miteinander eher mitten in der Gruppe oder am Rande? Spielt es lieber alleine? Kann es alleine spielen?

Ist Ihr Kind gegenüber Geschwistern oder anderen Kindern schnell eifersüchtig?

Was ist mit Mitleid und Einfühlungsvermögen?

Ist Ihr Kind auffällig ordentlich oder unordentlich? Wie viel Wert legt es auf äußerliche Erscheinung?

Sammelt Ihr Kind gerne Dinge? Was?

Wie ist das Kind in der Schule? Gibt es Schwierigkeiten? In speziellen Fächern oder allgemein? Was ist mit Aufmerksamkeit und Konzentration? Unruhe?

Wie geht Ihr Kind mit Tieren um?

Ist Ihr Kind schmerzempfindlich oder wehleidig?

Will Ihr Kind gerne alles alleine machen und legt Wert auf Selbständigkeit oder lässt es sich lieber alles zeigen?

Ist es ein ausgesprochener „Bewegungstyp“?

Wie ist die Feinmotorik und wie ist die Grobmotorik Ihres Kindes?

Ist Ihr Kind bei Unternehmungen und in Hinsicht auf zu erkundende Dinge eher vorsichtig und behutsam oder eher abenteuerlustig und waghalsig?

Wie reagiert Ihr Kind auf Geräusche? Singt und tanzt es gerne?