

Praxis für Klassische Homöopathie
Andreas Baranowski
Bärbel Lehmann
Stünzer Straße 5
04318 Leipzig
Tel. 0341 5904919 (Bärbel Lehmann)
0341 2408116 (Andreas Baranowski)



Fragebogen für die homöopathische Anamnese Ihres Kindes

Die Homöopathie ist eine ganzheitliche Behandlungsmethode. Deshalb erfragen wir in chronischen Fällen die gesamte Krankengeschichte des Patienten, einschließlich der Familiengeschichte. Das Ausfüllen des Fragebogens dient für Sie als Vorbereitung. Durch das Ausfüllen des Fragebogens erinnern Sie sich bereits vor der Anamnese an Details aus der Entwicklungs- bzw. Krankengeschichte Ihres Kindes. Er ersetzt aber nicht das ausführliche Gespräch der Erstanamnese. Planen Sie für die Erstanamnese ein bis zwei Stunden Zeit ein.

Füllen Sie bitte die persönlichen Daten und die Familienanamnese aus und beantworten Sie die restlichen Fragen auf einem gesonderten Blatt.

Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte zur Erstanamnese mit.

1. Persönliche Daten:

Name Ihres Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Name, Nachname der Mutter:

Name, Nachname des Vaters:

Adresse:

Kontakt

Telefon:

Handy:

e-mail-Adresse:

2. Familienanamnese:

Geben Sie bitte so ausführlich wie möglich die Krankheiten der blutsverwandten Angehörigen Ihres Kindes an und fragen Sie, insofern es möglich ist, nach.

Mutter:

Großmutter mütterlicherseits:

Großvater mütterlicherseits:

Vater:

Großmutter väterlicherseits:

Großvater väterlicherseits:

Geschwister:

3. Was führt Sie zu uns?

Welche Beschwerden Ihres Kindes veranlassen Sie, die homöopathische Behandlung aufzunehmen? Seit wann bestehen diese? Gab es dafür eine auslösende Ursache? Wodurch sind die Beschwerden besser oder schlechter? Welche Beschwerden gibt es noch seit dem Auftreten dieser Hauptbeschwerden?

Welche Diagnosen wurden ärztlicherseits gestellt?

Existieren Befunde? Fügen Sie diese in der Kopie bitte dem Fragebogen bei oder bringen Sie sie zur Erstanamnese mit.

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Welche anderen Heilbehandlungen oder medizinischen Maßnahmen werden noch durchgeführt oder wurden in letzter Zeit durchgeführt (Physiotherapie, naturheilkundliche Behandlungen, Impfungen, Röntgen, MRT etc.)?

4. Die Symptome Ihres Kindes von Kopf bis Fuß

Wenn Sie eine Frage mit ja beantworten müssen, dann versuchen Sie bitte, soweit möglich, die Art der Beschwerde sowie die Umstände, die die Beschwerden verbessern oder verschlechtern, anzugeben.

Leidet Ihr Kind unter Haarausfall?

Leiden Ihr Kind unter Veränderungen am äußeren Kopf oder Gesicht (Milchschorf, Hautausschläge etc.)?

Leidet Ihr Kind unter Kopfschmerzen?

Leidet Ihr Kind unter Erkrankungen der Augen, Sehstörungen etc.?

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen der Ohren oder des Gehörs?

Gibt es andere Störungen der Sinneswahrnehmungen, gesteigerte Empfindlichkeit oder Verlust derselben?

Leidet Ihr Kind an Polypen?

Leidet Ihr Kind unter Schwindel?

Hat Ihr Kind Zahnungsbeschwerden, Karies oder Zahnschmerzen?

Hat Ihr Kind Beschwerden der Mundschleimhaut?

Gibt es Schluckstörungen oder Aufstoßen?

Leidet Ihr Kind Sie an Magenbeschwerden?

Leidet Ihr Kind an Übelkeit, Erbrechen, langsamer Verdauung etc.?

Gibt es Blähungen?

Gibt es Beschwerden seitens des Stuhlganges?

Hat Ihr Kind Beschwerden des Afters wie Risse, Juckreiz oder ähnliches?

Haben Sie Würmer beobachtet?

Gibt es Durchfall oder Verstopfung?

Wie ist die Qualität des Stuhles (Farbe, Konsistenz, Geruch)?

Leidet Ihr Kind unter chronischen Beschwerden der Atemwege (Allergien, Schnupfen, Husten, Asthma etc.)?

Hat Ihr Kind Kreislaufbeschwerden wie Herzklopfen, Durchblutungsstörungen einzelner Körperteile, Hitzewallungen etc.?

Gibt es Schmerzen in der Nierengegend?

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung der Harnorgane?

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen?

Gibt es Besonderheiten bezüglich der Beschaffenheit des Urins (Farbe, Menge, Geruch, Bodensatz etc.)?

Hat Ihr Kind Beschwerden des Bewegungsapparates (z.B. Stolperneigung, fein- oder grobmotorische Störungen, X-Beine, Schmerzen etc.)?

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen der Haut (Ekzeme, Warzen etc.)?

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen oder Veränderungen der Nägel?

Gab es Verletzungen, hat Ihr Kind Narben?

Wie ist der Schlaf?

Wie ist das Temperaturempfinden?

Gibt es ungewöhnliche Schweiß?

Besteht Infektanfälligkeit?

Gibt es irgendwelche wiederkehrenden, charakteristischen Verläufe von Infekten?

Mädchen:

Hat die Menstruation bereits eingesetzt? Wenn ja, in welchem Alter?

Gibt es Beschwerden bezüglich der Menstruation (Schmerzen, Gemütsschwankungen, Schmerzen der Brust, Dauer der Blutung, Beschaffenheit des Blutes, Länge des Zyklus)?

Nimmt Ihre Tochter die Pille?

Gibt es Ausfluss?

Jungen:

Hat oder hatte Ihr Sohn Phimose oder Hodenhochstand?

5. Ernährungsgewohnheiten

Gibt es starke Verlangen nach oder Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel?

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Wie ernähren Sie Ihr Kind? Gemischte Kost? Vegan? Vegetarisch?

Halten Sie irgendwelche Diäten ein? Verzichten Sie auf bestimmte Nahrungsmittel wie etwa Weizen, Zucker, Milch?

Isst Ihr Kind eher viel oder wenig? Ist es wählerisch?

Gibt es Hunger zu ungewöhnlichen Zeiten?

Gab es Phasen von Mangel, z.B. durch Essstörungen etc.?

6. Die Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Wie ist die Geburt Ihres Kindes verlaufen?

Gab es Drei-Monats-Koliken?

Wie ist die Zahnung verlaufen?

Erinnern Sie sich an die Eckpunkte der motorischen Entwicklung? Ist es gekrabbelt, wann konnte es sitzen, wann laufen?

In welchem Alter begann Ihr Kind zu sprechen?

Welche Krankheiten sind Ihnen aus der Babyzeit erinnerlich?

Hat Ihr Kind Kinderkrankheiten durchgemacht?

Wurde Ihr Kind geimpft? Wenn ja wann? Gab es danach irgendwelche Symptome?

Bitte versuchen Sie, alle Krankheiten, Beschwerden, Diagnosen, Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Operationen, Unfälle etc. so genau wie möglich zu datieren.