

# FRAGEBOGEN HOMÖOPATHIE FÜR KINDER

Bitte folgendes zum Erstgespräch mitbringen:

- den ausgefüllten *Fragebogen*
- den *Impfausweis* des Kindes
- Kopien vorhandener *Untersuchungsunterlagen* (z.B. aktuelle Arztbriefe / Befunde)

Name des Kindes: _____	Vorname: _____
Name der Mutter: _____	Name des Vaters: _____
Geburtsdatum: _____	Alter: _____ Jahre
Adresse: _____	PLZ/Ort: _____
Tel. privat: _____	Mobil: _____
Tel. Geschäft: _____	
Geschwisterreihe: (z.B. 2/3 → das zweite von 3 Kindern) _____	

## Was sind die Hauptbeschwerden?

Beschwerde	seit wann?	Ursachen / Auslöser?

## Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit?

Medikament	seit wann?	Nebenwirkungen?

## Welche anderen Therapieformen (ausser Schulmedizin) verfolgen Sie zur Zeit?

Therapieform	Seit wann?	Ergebnis?

## Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft / Geburt / Neugeborenenperiode?

Wann kam der 1. Zahn?		Wann lernte Ihr Kind zu sprechen?	
Wann lernte Ihr Kind zu gehen?		Wann lernte Ihr Kind zu schreiben?	

## Welche der folgenden Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher? (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abszesse	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Einnässen, Einkoten
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Erkältungen	<input type="checkbox"/> Fieberblasen	<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/> Grippe
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Karies (frühzeitig)	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Mononukleose	<input type="checkbox"/> Mundfäule	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Sonnenstich
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Zahnungsprobleme	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Blasen-entzündungen	<input type="checkbox"/> Gehirnhaut-entzündung	<input type="checkbox"/> Lungenfell-entzündung	<input type="checkbox"/> Mittelohr-entzündungen	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöh -lenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall / Schwere Verletzung

