**Anamnesebogen Homöopathie Kinder**

Um das passendste Mittel für Ihr Kind finden zu können bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Das homöopatische Mittel wird hauptsächlich durch die von Ihnen geschilderten Symptome gefunden.

Auf mich aufmerksam geworden durch:

Behandelnde Ärzte/ Ärztinnen:

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Email:

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Interessen/ Vorlieben:

Welche Erkrankungen kommen in der FAMILIE vor?

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Großeltern väterlicherseits:

Großeltern mütterlicherseits:

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Welche Impfungen? Nebenwirkungen?:

Operationen/ Unfälle:

Gibt oder gab es bisher **schwere oder chronische Erkrankungen?**

Welche **Kinderkrankheiten** bisher? Masern O Diphtherie O Scharlach O Röteln O Windpocken O Sonstige Krankheiten? Gab es Komplikationen?

Bitte geben Sie genau ihre aktuelle **Medikation** (auch Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel) an :

**Nebenwirkungen/ Allergien**:

**Schwangerschaft:**

Verlief die Schwangerschaft problemlos?

Gab es psychische Veränderungen der Mutter bzw., eine Stresssituation während der Schwangerschaft?

**Geburt:**

Wie verlief die Geburt/ Gab es Probleme während der Geburt? Spontan, Kaiserschnitt, Vakuumextraktion?

War die Geburt zum rechten Zeitpunkt?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

Gab es Probleme in der Stillzeit ( Muttermilchabneigung oder Erbrechen, Koliken, Durchfälle? War das Abstillen unproblematisch?

**Frühkindliche Entwicklung**

Wann bekam Ihr Kind seinen ersten Zahn?

Wie verlief die Zahnung?

Mit wie viel Monaten krabbelte Ihr Kind? Mit wie viel Monaten erfolgte das freie Laufen?

Wie verlief die Sprachentwicklung Ihres Kindes? Erste Worte, konnte es mit 2 Jahren 20 Wörter sprechen?

Gibt es Besonderheiten in Ihrer **Gewichtsentwicklung bzw. Appetit?**

Welche **Nahrungsmittel/ Geschmacksrichtungen** mag es besonders gern, ( Milch, Eier, Fleisch, Gemüse, Obst, salzig, Scharf, sauer, unverdauliches wie Papier) gegen welche hat es eine Abneigung bzw. vertragt es nicht?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durst** viel/wenig auf kaltes / warmes?

**Hitze/Kälte/Schweiß/Fieber**

Friert Ihr Kind schnell oder schwitzt es, und wo schwitzen es?

Fiebert Ihr Kind schnell hoch, gab es kramfanfälle während dem Fieber?

**Absonderungen/ Auswurf/ Husten/ Stuhl**?

Wie äußern sich **die Hauptbeschwerden**? Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau, auch scheinbar Unwesentliches angeben!

Wo am Körper?

Und wohin erstreckt sich z. B. der Schmerz? Wodurch ausgelöst?

Was ist das **Ziel** der Behandlung?

Wie beeinträchtigt die **Hauptbeschwerden** ihr Kind?

Gibt es Ihrer Meinung nach eine **Ursache** (Überlastung, Kummer, Schock, Bewegung.....) für das Auftreten der Erkrankung?

Was war zu der Zeit los?

Wodurch werden die Symptome / Beschwerden besser/schlechter?

Was mag Ihr Kind gar nicht, welche Situation, Orte oder Menschen meiden es?

Werden es durch folgende FAKTOREN beeinflusst? D.h. wird eine Beschwerde oder das Allgemeinbefinden durch etwas in positiver oder negativer Hinsicht beeinflusst? Bitte ankreuzen und unten ergänzen.

Ein Bild, das Text, Screenshot, Schrift, Zahl enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Welche **Erkrankungen** gab es eventuell noch? ( Würmer, Fieberkrämpfe, Ekzeme, Scharlach, Einnässen,Inkontinenz, Polypen, Zahnungsprobleme ,Scharlach, Warzen, Sonnenstich, Durchfall, Verstopfung, Einkoten, Asthma, Keuchhusten, Allergien, Lymphknotenschwellungen, Kopfschmerzen) Bitte unten ergänzen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind irgendwelche Erkrankungen **schwerer Verlaufen** als sonst? Beschreiben Sie diese möglichst genau. Gehen Sie von oben bis unten durch: Kopf, Augen, Ohren, Nase, Hals, Herz, Lungen, Magen, Bauch, Darm, Stuhl, Nieren, Harnwege, Urin, Geschlechtsorgane, Beine, Füße, Knochen, Gelenke, Haut etc.

Wie ist der **Schlaf** ?

Schläft ihr Kind schnell allein und oder Licht ein?

Schläft Ihr Kind durch? Wenn nicht bitte Wachzeiten und das Schlafritual schildern!

Wann erwacht Ihr Kind, erwacht es schreiend?

In welcher Lage schläft Ihr Kind? (Bauchlage, Seitenlage, Rückenlage, kniend mit dem Po in die Luft)

Gibt es sich wiederholende oder einprägende **Träume**  ( Albträume/ Fieberträume):Genau beschreiben:

**Ängste**

Ist Ihr Kind ängstlich? Was macht ihm Angst (Dunkelheit,Gewitter, Gespenster, Tag allein sein, nachts allein sein, Tiere, Höhenangst, zu viele Menschen, fremde Menschen, Reden in der Öffentlichkeit, neue Situationen)?

Wie verhält Sie ihr Kind, wenn es sich ängstig?

**Charakter/Sozialverhalten**

Wie würden Sie sich selbst kurz beschreiben? Wie ist das **Wesen**? (Wie würden nahestehende es beschreiben? Wie ist meistens der Gemütszustand?)

Was kann Ihr Kind gut und was fällt Ihm schwer?

Was schätzen Sie an Ihrem Kind und was nicht?

Wer erzieht Ihr Kind überwiegend? Gibt es dort Probleme? Bitte schreiben Sie es genau auf.

War oder ist Ihr Kind in einer Krabbelgruppe/Kindergarten oder Schule? Geht es dort gerne hin?

Ist Ihr Kind dort integriert, hat es Freunde? Fällt es ihm leicht Freundschaften zu schließen?

Kann Ihr Kind sich lange mit einer Sache beschäftigen, spielt es die Spiele bis zum Ende oder bricht es häufiger ab?

Kann sich Ihr Kind laut Erzieherin/Lehrerin konzentrieren?

Sammelt Ihr Kind Dinge?

Räumt es auf oder fühlt es sich im Chaos wohl?

Wir Ihr Kind schnell wütend? Was macht es wütend? Wie zeigt sich seine Wut? Wie gehen Sie damit um?

In welchem Bereich seines Gemüts braucht Ihr Kind Ihrer Meinung nach Unterstützung?

Was kann es nicht leiden? Auf was reagiert es empfindlich?

Gibt es noch etwas nennenswertes bzw. einschneidendes bei Ihrem Kind, das unter den Punkten nicht dabei war?

Was oder wen mag Ihr Kind am liebsten (im Zimmer spielen, Freunde, Verwandte, Tiere...), Vorlieben, Interessen, Faszinationen für spezielle Geschichten, Filme?

Hat es einen besonderen Bezug zu **Pflanzen** oder **Tiere?**

Lieblingstier? Lieblingspflanze?

Wo in der Natur fühlt es sich am wohlsten?

Lieblingsfarbe: Zeigen Sie ihrem Kind den Farbkreis und fragen Sie ihn nach der Lieblingsfarbe. Notieren Sie hier bitte Nummer und Buchstabe.

Ein Bild, das Kreis, Farbigkeit, Kunst, Symmetrie enthält.

Automatisch generierte Beschreibung