



## Anamese Fragebogen für Kinder Teil 1

---

Bei der homöopathischen Behandlung von Kindern sind wir zu einem Großteil auf die Angaben der Eltern bzw. der Mutter angewiesen, Ihre Mitarbeit ist daher wichtig! Um Ihnen und mir bei der Anamnese Zeit zu ersparen, möchte ich Sie bitten, sich Notizen zu den folgenden Fragen zu machen und zum ersten Termin mitzubringen. Die Fragen betreffen Erkrankungen in der Vergangenheit Ihres Kindes und der Familie. Daher kann es zur Beantwortung mancher Fragen von Vorteil sein, Ihre Eltern oder andere Verwandte zu Rate zu ziehen. Dieser Bogen dient lediglich einer Vorbereitung, die unser erstes Gespräch unterstützt. Falls Ihnen die ein oder andere Frage schwer fällt zu beantworten, lassen Sie es mich wissen! Wir werden im Erstgespräch alle Informationen, die für die Diagnose wichtig sind, gemeinsam herausfinden.

### 1. Familienvorgeschichte

**Gab es in der Familie der Mutter oder des Vaters (gemeint sind in diesem Zusammenhang alle Blutsverwandten, auch weiter zurückliegende) irgendwelche Krankheiten? (bitte getrennt notieren)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs                           | <input type="checkbox"/> Tuberculose            | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten                   |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte                 | <input type="checkbox"/> Gürtelrose             | <input type="checkbox"/> Neurodermitis (Ekzeme)            |
| <input type="checkbox"/> Warzen gehäuft                  | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord                        |
| <input type="checkbox"/> Geistes - und Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Diphtherie             | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten                   |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus                    | <input type="checkbox"/> Süchte                 | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten                | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Gicht                             |
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit        | <input type="checkbox"/> Steine, (Galle, Niere)            |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                       | <input type="checkbox"/> Rheumatismus           | <input type="checkbox"/> Leber-, Galle-, Nierenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose               | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre         | <input type="checkbox"/> Allergien                         |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                       | <input type="checkbox"/> Malaria                |  |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung              | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung          |  |

**Welche Erkrankungen gab es bei Mutter, Vater und Geschwister des Patienten?**



## Anamese Fragebogen für Kinder Teil 2

---

### 2. Vorgeschichte (möglichst mit Zeitangaben):

**Gab es in der Schwangerschaft, unter der Geburt, während der Stillzeit und frühen Kindheit irgendetwas Besonderes?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen         | <input type="checkbox"/> Würmer                               | <input type="checkbox"/> Milchschorf                        |
| <input type="checkbox"/> Verstopfungen               | <input type="checkbox"/> Durchfälle                           | <input type="checkbox"/> Zahnungsschwierigkeiten            |
| <input type="checkbox"/> Rachitis                    | <input type="checkbox"/> auffällige Verhaltensweisen (Ängste) | <input type="checkbox"/> spätes Laufen- oder Sprechenlernen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten    |   |

**Was war das erste Auftreten von krankhaften Störungen?**

**Welche dieser Infektionskrankheiten Ihr Kind durchgemacht:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern                            | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                          | <input type="checkbox"/> Mumps              |
| <input type="checkbox"/> Röteln                            | <input type="checkbox"/> Windpocken                           | <input type="checkbox"/> Scharlach          |
| <input type="checkbox"/> Rachitis                          | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung                        | <input type="checkbox"/> Tetanus            |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                        | <input type="checkbox"/> Parathyphus                          | <input type="checkbox"/> Ruhr               |
| <input type="checkbox"/> Typhus                            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten               | <input type="checkbox"/> Malaria            |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten                 | <input type="checkbox"/> Trichomonaden                        | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe          |
| <input type="checkbox"/> Syphilis                          | <input type="checkbox"/> Tuberculose                          | <input type="checkbox"/> Pilze              |
| <input type="checkbox"/> Lungen- oder Rippenfellentzündung | <input type="checkbox"/> Bronchitis                           | <input type="checkbox"/> Anginen            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> Nieren-, Blasen-, Harnröhrentzündung | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |

**Welche war die erste Infektionskrankheit?**

**Welche dieser Impfungen hat Ihr Kind bekommen:**

- |                                      |                                  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Masern  | <input type="checkbox"/> Scharlach     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe  | <input type="checkbox"/> Röteln        |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Typhus  | <input type="checkbox"/> Serum         |
|                                      | <input type="checkbox"/> andere  |  |

**Wie hat Ihr Kind die Impfungen vertragen ?**

**!!! Bitte bringen Sie Unterlagen, wie Befunde, Impfpässe und ähnliches mit. !!!**