



Homöopathische Fallaufnahme – Kinder

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name der Eltern:

Adresse:

Telefon:

e-mail-Adresse:

Versicherung/Krankenkasse:

Größe:

Gewicht:

Diagnose:

1. Hauptbeschwerden:

Welche Beschwerden bestehen? Weshalb kommen sie zu mir?

2. Erwartungen:

Was erwarten sie von einer homöopathischen Behandlung?

3. Medikamente:

Welche Medikamente nimmt ihr Kind gegenwärtig oder nahm es über einen längeren Zeitraum ein? Medikamentenplan? (auch pflanzliche Arzneien und vorherige homöop. Mittel bitte angeben)



4. Schwangerschaft und Geburt:

Wie verliefen Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr?

5. Wie ist/war die Entwicklung des Kindes?

Krabbeln, Sitzen, Aufstehen, laufen lernen, Zahnung, Sprechen lernen, Trennungängste, Schlaf?

6. Impfungen:

Wurde geimpft? Wann? Wie wurden die Impfungen vertragen?

7. Kinderkrankheiten:

Welche? Operationen? Besteht eine erhöhte Infektanfälligkeit? Neigung zu Husten oder Schnupfen etc.?

8. Familienanamnese:

Welche Krankheiten und Besonderheiten gibt es in der Familie?

a) Mutter:

b) Vater:

Gab es in der Familienanamnese Fälle von Tuberkulose oder Krebs?



9. Temperatur/Schwitzen

Wann und in welchen Situationen schwitzt ihr Kind?

Wie stark schwitzt ihr Kind und in welchen Körperregionen am meisten?

Wie ist der Schweiß? Warm? Kalt? Ölig? Klebrig? Färbt die Wäsche? Ätzt Löcher in die Wäsche?

Wie ist der Geruch des Schweißes? Faulig? Scharf? Sauer? Nach Urin?

Wie fühlt ihr Kind sich während bzw. nach dem Schwitzen?

Wie ist die Körpertemperatur, ggf. je Körperregion unterschiedlich? Warm oder Heiß? Ausgeglichen?

10. Essen und Trinken:

Welches Essen bevorzugt ihr Kind? Liebesspeise? Lieblingsgetränk? Abneigungen oder gar Ekel? Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Trinkmenge am Tag? Was wird getrunken? Durstgefühl? Einhaltung der Mahlzeiten in der Familie?

11. Stuhlgang:

Verstopfung? Durchfall? Blähungen/Winde? Geruch? Starkes Pressen? Unwillkürlicher Stuhlabgang?

12. Urin und Wasserlassen:

Gibt es beim Wasserlassen Probleme? Wenn ja, welche? Riecht der Urin auffällig? Unwillkürliches Wasserlassen? Neigung zu Harnwegsinfekten?

13. Sonstige Beschwerden:

Kopf (Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmacht)?

Augen (Sehen, Schielen, Tränenfluss, Reizungen)?



Ohren (Hören, Geräusche, Ausfluss)?

Nase (Geruchssinn, Schnupfen, Nasenbluten, etc.)?

Mund (Geschmacksinn, Gefühl, Speichel, Zunge)?

Lippen (Risse, Blasen, Haut, etc.)?

Zähne und Zahnfleisch (Karies, Schmerzen, Farbe, Blutungen)?

Hals (Mandeln, Schluckbeschwerden, Stimme)?

Erkältungen (Häufigkeit, Manifestationen)?

Lunge/Bronchien?

Herz?

Rücken, Gelenke, Arme und Beine?

Bauch (Schmerzen, Erbrechen, Blähungen, Krämpfe)?

Haut, Haar, Nägel, Wundheilung?

Sonstiges?

14. Schlaf:

Beschreiben sie mir die Schlafstellung des Kindes (Rücken, Seite, Haltung der Arme und Beine)? In welcher Stellung kann das Kind gar nicht schlafen? Besonderheiten während des Schlafes? Erwachen in der Nacht (Zeit)?

Beschreiben sie mir bitte den Schlafraum und das Bett?

Gibt es Einschlaf- oder Durchschlafrituale?

15. Träume

Gibt es immer wiederkehrende Träume? Abhängige Träume von Krankheiten oder Vollmond?



16. Allgemeinempfinden

Wie verträgt ihr Kind folgende Punkte?

	gut	mittel	schlecht
Heißes oder kaltes Wetter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regen und bewölktes Wetter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühling und Sommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herbst und Winter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturm und Gewitter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warme oder kalte Bäder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonne, Mond, Vollmond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langes stehen oder langes sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufwärts- und Abwärtsschauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runterschauen aus der Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enge Räume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Menschenansammlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschauen von sich bewegenden Gegenständen/Bildern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Gerüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakrauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enge Kleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Füße?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaltes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmes Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frische Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wie geht es ihrem Kind während/nach folgenden Situationen etc.?

	gut	mittel	schlecht
Vor/während/nach dem Schwitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Hunger? Nach dem Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Ärger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor wichtigen Verabredungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Prüfungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Weinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Trost/Mitgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Denken an Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Alleinsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Gesellschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor, bei, nach körperlicher Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor, bei, nach geistiger Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fahren oder Fliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Liegen auf der rechten Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Liegen auf der linken Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Liegen auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Liegen auf dem Bauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17. Geist und Gemüt:

Was waren oder sind die bisher größten Sorgen mit ihrem Kind? In ihrer Familie?

Was die größten Freuden?

Was lieben sie an ihrem Kind?

Welche Aktivitäten liebt ihr Kind bzw. sie als Familie?

Gibt es Beschäftigungen die ihr Kind bzw. sie als Familie gar nicht mögen?

Welche Stimmungen, Verhaltensweisen, oder Charaktereigenschaften ihres Kindes oder eines Familienmitglieds ist unangenehm oder besonders auffällig?

Beschreiben sie das familiäre Umfeld?

Eltern-Kind-Beziehung?

Wie stark oder schwach ausgeprägt ist die Willenskraft und das Selbstvertrauen des Kindes?

Zeigen sich Ängste?

Wutgrenze? Gereiztheit? Reaktion auf Widerspruch oder Kritik?

Wie ist der Umgang des Kindes mit Ordnung und Unordnung?



Konstitution/Miasma:

Arzneimittel:

Dosierung:

Beratung/Empfehlung:
