

## Fragebogen zur homöopathischen Behandlung Ihres Kindes

*Liebe Eltern!*

*Der Fragebogen ist sehr umfangreich, und wir wissen, dass es einen erheblichen Zeitaufwand bedeutet, ihn sorgfältig auszufüllen. Trotzdem bitten wir Sie darum, weil wir durch den Fragebogen Informationen erhalten, die für die Wahl des richtigen Arzneimittels entscheidend sein können.*

*Falls der Platz nicht ausreicht oder Sie zu einer Frage nähere Angaben machen möchten, benutzen Sie dafür bitte die Rückseite.*

*Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.*

*Bitte fügen Sie auch ein Farbfoto Ihres Kindes bei.*

*Persönliche Daten Ihres Kindes:*

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Geschwisterreihe und -anzahl \_\_\_\_\_

Mutter (Name, Vorname, Alter) \_\_\_\_\_

Vater (Name, Vorname, Alter) \_\_\_\_\_

## 1. Krankengeschichte Ihres Kindes

Kurzfassung (chronologisch)

## 2. Familienvorgeschichte

Welche dieser Krankheiten gab oder gibt es in der Blutsverwandtschaft Ihres Kindes?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1 = Mutter

2 = Vater

3 = Geschwister

4 = Großmutter mütterlicherseits

5 = Großvater mütterlicherseits

6 = Onkel, Tanten mütterlicherseits

7 = Großmutter väterlicherseits

8 = Großvater väterlicherseits

9 = Onkel, Tanten väterlicherseits

Asthma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Krebs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Gonorrhoe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Neurodermitis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
psychische Krankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Depression	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Selbstmord	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alkoholismus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Süchte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Parkinson	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Epilepsie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Gefäßkrankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rheumatismus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Gicht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Steine (Galle/Niere)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Magengeschwüre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Malaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Welche anderen Krankheiten oder Beschwerden gab oder gibt es bei den Geschwistern?

Welche anderen Krankheiten oder Beschwerden gab oder gibt es bei der Mutter?

Welche anderen Krankheiten oder Beschwerden gab oder gibt es beim Vater?

Welche anderen Krankheiten oder Beschwerden sind Ihnen von den Großeltern bekannt?

Welche anderen Krankheiten sind Ihnen in der weiteren Blutsverwandtschaft bekannt?

### 3. Schwangerschaft

Bitte machen Sie Angaben über den Verlauf der Schwangerschaft:

Gab es während Ihrer Schwangerschaft...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser-Untersuchung     | <input type="checkbox"/> Nikotin                   |
| <input type="checkbox"/> andere größere Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Alkohol                   |
| <input type="checkbox"/> Impfungen                     | <input type="checkbox"/> Drogen                    |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit  | <input type="checkbox"/> Medikamente               |
| <input type="checkbox"/> Bluttransfusion               | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen |
| <input type="checkbox"/> Virusinfekte                  | <input type="checkbox"/> Blutungen                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen         | <input type="checkbox"/> drohende Fehlgeburt       |
| <input type="checkbox"/> Ängste                        | <input type="checkbox"/> drohende Frühgeburt       |
| <input type="checkbox"/> Aufregungen                   | <input type="checkbox"/> Frühgeburt                |
| <input type="checkbox"/> Unfälle                       | <input type="checkbox"/> Frühreifungsspritze       |
| <input type="checkbox"/> schockartige Erlebnisse       | <input type="checkbox"/> wehenhemmende Mittel      |
|  | <input type="checkbox"/> wehenfördernde Mittel     |

Gab es vorausgegangene...

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Totgeburten  |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburten | <input type="checkbox"/> Abtreibungen |

Sonstige Beschwerden während der Schwangerschaft:

#### 4. Geburt, Neugeborenenperiode

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Wie verlief die Geburt?

- Entbindung termingerecht
- Entbindung verfrüht
- Entbindung verspätet

Wann?

Farbe des Fruchtwassers:

- Kind hat sofort geschrien
- Atemstörungen
- blau, gekrampft
- Geburtsgeschwulst
- Hirnblutung
- Nabelschnurstrangulierung
- Schlüsselbeinbruch links
- Schlüsselbeinbruch rechts
- Gelbsucht
- wie lange?
- wie stark?

- Narkose
- Lachgas
- Periduralanästhesie (Spinalanästhesie)
- Saugglocke

Zange

Kaiserschnitt

Lage des Kindes:

- Brutkasten
- Wärmebettchen
- angeborener Nabelbruch
- erworbener Nabelbruch
- angeborener Leistenbruch
- erworbener Leistenbruch
- Nabelentzündung
- Absonderung
- Schiefhals links
- Schiefhals rechts

War Ihr Säugling apathisch? Hat er ständig geschrien?

Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt?

Wie lange teils?

Gab es Probleme beim Stillen?

Wie hat sich Ihr Kind beim Trinken verhalten?

unauffällig

schlechter Trinker

Speikind

Gab es in den ersten vier Wochen akute Erkrankungen?

Bekam Ihr Kind als Säugling eine Bluttransfusion?

Wurden Sie als stillende Mutter geimpft?

Wenn ja, wann und wogegen?

Haben Sie als stillende Mutter im Wochenbett Medikamente erhalten?

Wenn ja, welche und weshalb?

Gab es sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

#### 5. Geistige, körperliche und motorische Entwicklung

Liegt eine angeborene oder erworbene Behinderung vor?

Stottert oder lispelt Ihr Kind?

Seit wann?

Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

Größenwachstum:

normal

verzögert

beschleunigt

Wirkt Ihr Kind altersgemäß?

## 6. Neigung zu bestimmten Erkrankungen

Neigung zu...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen             | <input type="checkbox"/> Krupp bzw. Pseudokrupp                |
| <input type="checkbox"/> eitrigen Mittelohrentzündungen    | <input type="checkbox"/> Asthma                                |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen                | <input type="checkbox"/> Erkältungskrankheiten                 |
| <input type="checkbox"/> eitrigen Mandelentzündungen       | <input type="checkbox"/> sonstigen fieberhaften Infekten       |
| <input type="checkbox"/> Stirn- oder Nebenhöhrentzündungen | <input type="checkbox"/> häufigem Fieber                       |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen                | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfen                        |
| <input type="checkbox"/> Bronchitiden                      | <input type="checkbox"/> anderen Krämpfen (z.B. epileptischen) |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündungen                |  |

Hat Ihr Kind ein Zucken (z.B. Augen, Mundwinkel usw.) oder eine sich häufig wiederholende Bewegung?

Neigung zu...

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
|---|------------------------------------|--|

Gibt es hierbei Nahrungsmittelzusammenhänge?  
(z.B. Milch, Erdbeeren etc.)

Neigung zu...

- |   |                                    |                                    |                                      |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Seit wann bestehen die oben erwähnten Erkrankungsneigungen?

Wann treten sie auf?

Wonach traten sie das erste Mal auf?

Vermuten Sie eine Ursache?

Wie wurden sie bisher behandelt?

Beschreiben Sie bitte den genauen Ablauf der Erkrankungen!

## 7. Kinderkrankheiten

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern    | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                |
| <input type="checkbox"/> Mumps     | <input type="checkbox"/> Windpocken                 |
| <input type="checkbox"/> Röteln    | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Scharlach |   |

Wie wurden sie behandelt?

Welche Medikamente hat Ihr Kind bekommen?

Bei exanthematischen Erkrankungen (Krankheiten mit Hautausschlägen, wie z.B. Scharlach):  
Kam der Hautausschlag richtig heraus?

Gab es Komplikationen? Wenn ja, beschreiben Sie sie bitte!

## 8. Impfungen

Welche Impfungen und Wiederholungsimpfungen hat Ihr Kind erhalten? Wann?

Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es Impfreaktionen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hohes Fieber                          | <input type="checkbox"/> Meningitis (Hirnhautentzündung)    |
| <input type="checkbox"/> Apathie                               | <input type="checkbox"/> Encephalopathie (Gehirnerkrankung) |
| <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen                 | <input type="checkbox"/> Schlafsucht                        |
| <input type="checkbox"/> Krämpfen                              | <input type="checkbox"/> Wesensveränderungen                |
| <input type="checkbox"/> schrilles Schreien oder Schreikrämpfe | <input type="checkbox"/> oder anderes?                      |

## 9. Allgemeines

Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes Kind?

Wie verträgt es See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen?

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich?

Ist es empfindlich gegen Gerüche?

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen?

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> sauer      | <input type="checkbox"/> mit Absonderungen           |
| <input type="checkbox"/> fischig    | <input type="checkbox"/> ohne Absonderungen          |
| <input type="checkbox"/> muffig     |  |
| <input type="checkbox"/> nach Urin  | <input type="checkbox"/> trotz Waschens oder Badens? |
| <input type="checkbox"/> nach Stuhl |  |
- Wann? Wo am Körper?

Nässt Ihr Kind ein?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tags                            | <input type="checkbox"/> nachts            |
| <input type="checkbox"/> beim Husten                     | <input type="checkbox"/> im ersten Schlaf  |
| <input type="checkbox"/> bei der geringsten Gemütsregung | <input type="checkbox"/> erst gegen Morgen |

Möchte Ihr Kind dauernd getragen werden?

Lässt es sich gerne baden oder hat es Angst davor?

Erträgt es enganliegende Kragen oder enge Gürtel?

Verträgt es ein Lätzchen um den Hals?

Verträgt es Wolle auf der Haut?

Gibt es Krankheitszeichen, die durch bzw. nach der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes entstanden sind?

Bestehen die Beschwerden seit einem Schreck- oder Schockerlebnis?

Gibt es eine auffallende Seitenbetonung?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vorwiegend linksseitige Symptome          | <input type="checkbox"/> von rechts nach links wandernd |
| <input type="checkbox"/> vorwiegend rechtsseitige Symptome         | <input type="checkbox"/> von links nach rechts wandernd |
| <input type="checkbox"/> von einer Seite zur anderen (hin und her) |   |

---

Gab es...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfälle                                     | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche                               | <input type="checkbox"/> Operationen         |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen? |  |

Nennen Sie bitte alle Medikamente, die Ihr Kind bislang erhalten hat!

---

10. *Witterungseinflüsse*

Welches Wetter liebt Ihr Kind?

Welches mag es überhaupt nicht?

Wie reagiert es z.B. bei Sonne oder Regen?

Ist es anfällig bei...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zugluft               | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel      |
| <input type="checkbox"/> Kälte                 | <input type="checkbox"/> Vollmond           |
| <input type="checkbox"/> nasskaltes Wetter     | <input type="checkbox"/> Neumond            |
| <input type="checkbox"/> Schneeluft            | <input type="checkbox"/> zunehmendem Mond   |
| <input type="checkbox"/> starken Wind          | <input type="checkbox"/> abnehmendem Mond   |
| <input type="checkbox"/> Nebel                 |   |
| <input type="checkbox"/> bei bzw. vor Gewitter | <input type="checkbox"/> bei bzw. vor Sturm |

Wie geht es ihm am Meer?

Wie geht es ihm im Gebirge?

---

11. *Schlaf*

Wie ist der Schlaf?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> verspätetes Einschlafen |
| <input type="checkbox"/> sehr leicht | <input type="checkbox"/> zu frühes Erwachen      |
| <input type="checkbox"/> unruhig     | <input type="checkbox"/> anderes...              |

In welcher Position schläft Ihr Kind am liebsten ein  
bzw. wie liegt es kurz nach dem Einschlafen im Bett?

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Rollt es mit dem Kopf beim Einschlafen?

Schläft es mit nach hinten geneigtem Kopf?

Braucht es Wärme oder warmes Zudecken?

Sind die Füße zu heiß und werden unter der Decke hervorgestreckt?

---

Träumt Ihr Kind oft?

Angstträume oder Träume mit sich wiederholendem Inhalt?

Schreit es öfter nachts auf?

Spricht es im Schlaf?

Knirscht es mit den Zähnen?

Wandert Ihr Kind zeitweise umher?  
Kommt es zu den Eltern oder Geschwistern ins Bett?  
Muss es gewiegt und getragen werden?

Schwitzt es im Schlaf?  
Wann besonders?  
An welchen Stellen?  
Wie riecht der Schweiß?  
Sonstige Auffälligkeiten?

## 12. Ess- und Trinkgewohnheiten

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?  
 guter Esser  
 schlechter Esser  
 Heißhungeranfälle  
 zu bestimmten Zeiten:  
 Schwitzt während des Essens und Trinkens

Isst schlecht, obwohl gut genährt  
 Isst gut, nimmt aber nicht zu  
 ist dabei sogar ganz abgemagert

Durst:  
 normal  
 kaum  
 groß                      wann besonders (z.B. nachts)?

Was wird bevorzugt oder abgelehnt?

Welche Speisen oder Getränke verträgt Ihr Kind nicht?  
Nach welchen Speisen oder Getränken hat Ihr Kind ein ausgesprochenes Verlangen  
oder ist geradezu gierig?

Gegen welche Speisen oder Getränke hat es eine unüberwindliche Abneigung?

*Bitte markieren Sie mit "U" für "Unverträglichkeit", "V" für "Verlangen", "A" für "Abneigung":*

kalt	Fisch	Milch	Obst
heiß	Fleisch	Butter	unreifes Obst
sauer	Schweinefleisch	Käse	Orangen
süß	Wurst	Brot	Fruchtsaft
salzig	Schinken (roh)	Eier	Kartoffeln
geräuchert	Speck	Senf	Salat
stark gewürzt	Fett u. fette Speisen	Eiscreme	grünes Gemüse
scharf		Eiswürfel	Sonstiges...

Isst Ihr Kind gerne Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide)?

Welche Reaktionen treten bei Unverträglichkeiten auf?

Was gibt es sonst noch zum Essen und Trinken zu berichten?

### 13. Kopf

---

Gibt es Auffälligkeiten an den Haaren Ihres Kindes?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfgneis   | <input type="checkbox"/> riechen...       |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> ...trotz Waschen |
| <input type="checkbox"/> Schuppen    | <input type="checkbox"/> ...sauer         |
| <input type="checkbox"/> Läuse       | <input type="checkbox"/> ...muffig        |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall |   |

Schwitzt Ihr Kind am Kopf?

Wo genau und wann?

### 14. Kopfschmerzen

---

Wie ist der Kopfschmerz und wo ist er lokalisiert?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stirn              | <input type="checkbox"/> stechend                      |
| <input type="checkbox"/> Schläfen           | <input type="checkbox"/> pochend                       |
| <input type="checkbox"/> Hinterkopf         | <input type="checkbox"/> ziehend                       |
|   | <input type="checkbox"/> drückend                      |
| <input type="checkbox"/> rechts             |  |
| <input type="checkbox"/> links              | <input type="checkbox"/> Schmerz strahlt aus<br>wohin? |
| <input type="checkbox"/> wandernder Schmerz |  |

Welche Begleitsymptome treten auf?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Schwindel      |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit     | <input type="checkbox"/> Kollapsneigung |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen    | <input type="checkbox"/> anderes        |

Durch was wird der Kopfschmerz gebessert oder verschlechtert?  
(z.B. nach der Schule...)

Gibt es erkennbare Zusammenhänge oder auslösende Ursachen?

### 15. Augen

---

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schielen                         | <input type="checkbox"/> kurzsichtig                 |
| <input type="checkbox"/> ...einwärts                      | <input type="checkbox"/> weitsichtig                 |
| <input type="checkbox"/> ...auswärts                      | <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung         |
| <input type="checkbox"/> chronische Pupillenerweiterung   | <input type="checkbox"/> Entzündungen                |
| <input type="checkbox"/> chronische Pupillenverkleinerung | <input type="checkbox"/> Hautausschläge              |
| <input type="checkbox"/> ungleiche Pupillen               | <input type="checkbox"/> Ekzeme                      |
| <input type="checkbox"/> Lichtscheu...                    | <input type="checkbox"/> Absonderungen               |
| <input type="checkbox"/> ...vor künstlichem Licht         | <input type="checkbox"/> eitrige Absonderungen       |
| <input type="checkbox"/> ...vor Sonnenlicht               | <input type="checkbox"/> Gerstenkorn<br>...wo genau? |
| <input type="checkbox"/> Ausfallen der Wimpern            | <input type="checkbox"/> vermehrter Tränenfluss      |

Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

## 16. Ohren

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit               | <input type="checkbox"/> Absonderungen<br>Farbe:<br>Geruch: |
| <input type="checkbox"/> Ohrmuschelverformung          | <input type="checkbox"/> Ohrschmalz vermehrt<br>Farbe:      |
| <input type="checkbox"/> angewachsene Ohrläppchen      | <input type="checkbox"/> Hautausschläge im Gehörgang        |
| <input type="checkbox"/> häufige Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> Hautausschläge hinter den Ohren    |
| <input type="checkbox"/> häufige Mittelohreiterungen   | <input type="checkbox"/> Risse hinter den Ohren             |
| <input type="checkbox"/> verträgt keine Ohringe        | <input type="checkbox"/> Risse an den Ohrläppchen           |

Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

## 17. Nase

---

Neigung zu...

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schnupfen    | <input type="checkbox"/> Niesanfällen |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Nasenbluten  |

Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

## 18. Mund, Zähne

---

Hat Ihr Kind...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risse in den Lippen             | <input type="checkbox"/> Mundgeruch              |
| <input type="checkbox"/> Rissige Mundwinkel              | <input type="checkbox"/> Speichelfluss...        |
| <input type="checkbox"/> Bläschenausschlag an den Lippen | <input type="checkbox"/> ...tagsüber (Sabbern)   |
| <input type="checkbox"/> Herpes an den Lippen            | <input type="checkbox"/> ...nachts (Kissen nass) |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag um den Mund       |  |

Wann kam der erste Milchzahn?

Wann begann der Zahnwechsel (zweite Zähne)?

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahnung erschwert       | <input type="checkbox"/> Zahnspange |
| <input type="checkbox"/> Zahnung langsam         | <input type="checkbox"/> Überbiss   |
| <input type="checkbox"/> Frühzeitige Karies      | <input type="checkbox"/> Unterbiss  |
| <input type="checkbox"/> Zahnschneiden gezähzelt |                                     |

Veränderungen der Zähne in Form und Farbe?

Veränderungen am Zahnfleisch?

Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen?

## 19. Enddarm / Anus

---

Hat oder hatte Ihr Kind...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen am After | <input type="checkbox"/> Fisteln                           |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz am After  | <input type="checkbox"/> Hautausschläge                    |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden       | <input type="checkbox"/> Windeldermatitis (Soor oder Pilz) |
| <input type="checkbox"/> Einrisse           | <input type="checkbox"/> gerötete Körperöffnungen          |
| <input type="checkbox"/> Würmer             |  |

Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

## 20. Genitalien

---

Ist die Genitalentwicklung äußerlich auffällig?  
(z.B. vorzeitige Schambehaarung)

Buben:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand...          | <input type="checkbox"/> beide Hoden gleich groß           |
| <input type="checkbox"/> ...seit Geburt             | <input type="checkbox"/> linker Hoden größer               |
| <input type="checkbox"/> ...erst später             | <input type="checkbox"/> rechter Hoden größer              |
| <input type="checkbox"/> Phimose (Vorhautverengung) | <input type="checkbox"/> Hoden geschwollen od. vergrößert? |

Mädchen: Gibt es einen Ausfluss?

Farbe:

Art:

Seit wann?

Wann war die erste Regel?

Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

## 21. Knochenbau, Haltung, Motorik

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenveränderungen           | <input type="checkbox"/> Knochenauswüchse                      |
| <input type="checkbox"/> Trichterbrust                       | <input type="checkbox"/> Schnelles Längenwachstum              |
| <input type="checkbox"/> Hühnerbrust                         | <input type="checkbox"/> Haltungsanomalien                     |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen                  | <input type="checkbox"/> Motorische Unsicherheit               |
| <input type="checkbox"/> häufiges Verstauchen der Fußgelenke | <input type="checkbox"/> Stolperneigung                        |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenkdysplasie                 | <input type="checkbox"/> Fallneigung                           |
| <input type="checkbox"/> Fußfehlstellungen                   | <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit der Hände o. Beine |
|  | <input type="checkbox"/> Wachstumsschmerzen                    |

Wie geschickt ist Ihr Kind z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren, Malen?

Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

## 22. Extremitäten, Nägel

---

Hat oder hatte Ihr Kind...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vorwiegend kalte Hände... | <input type="checkbox"/> spröde Nägel                      |
| <input type="checkbox"/> ...oder Füße              | <input type="checkbox"/> rissige Nägel                     |
| <input type="checkbox"/> Handtellerschweiß         | <input type="checkbox"/> eitrige Nagelbetten (Panaritium)  |
| <input type="checkbox"/> Fußschweiß                | <input type="checkbox"/> Niednägel                         |
| <input type="checkbox"/> ...übelriechend           | <input type="checkbox"/> Eingewachsene Zehennägel          |
| <input type="checkbox"/> Achselschweiß             | <input type="checkbox"/> nach oben gebogene Nägel (Löffel) |
| <input type="checkbox"/> ...übelriechend           |  |

Wie sehen die Nägel aus (Finger, Zehen)? – Bitte beschreiben Sie!

Kaut Ihr Kind an den Finger- oder Zehennägeln?

Reißt es die Haut um die Nägel ab?

Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

## 23. Haut

---

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> trocken                      | <input type="checkbox"/> Muttermale     |
| <input type="checkbox"/> schuppig                     | <input type="checkbox"/> braune Flecken |
| <input type="checkbox"/> fettig                       | <input type="checkbox"/> rote Flecken   |
| <input type="checkbox"/> rissig                       | <input type="checkbox"/> behaarte Male  |
| <input type="checkbox"/> schlaff                      | <input type="checkbox"/> Leberflecke    |
| <input type="checkbox"/> runzlig                      |   |
| <input type="checkbox"/> rau                          | <input type="checkbox"/> Warzen         |
| <input type="checkbox"/> rot                          | <input type="checkbox"/> Mitesser       |
| <input type="checkbox"/> pickelig                     | <input type="checkbox"/> Akne           |
| <input type="checkbox"/> empfindlich                  | <input type="checkbox"/> Furunkel       |
| <input type="checkbox"/> Jucken ohne Hautausschläge   | <input type="checkbox"/> Abszesse       |
| <input type="checkbox"/> Nichtjuckende Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Ekzeme         |

Warzen: Wo und seit wann? Blutend? Schmerzhaft? Bitte Form und Art beschreiben!

Wurden Warzen oder Hautmale entfernt?

---

Wann treten die Hautausschläge auf?

z.B. Nur im Winter od. Sommer?

Wechseln sich die Hautausschläge mit anderen Beschwerden ab?

Mit welchen?

Kratzt sich Ihr Kind blutig?

Gibt es Wucherungen, sog. „wildes Fleisch“?

Hat Ihr Kind eine vermehrte Körperbehaarung?

z.B. Rückenbehaarung, Flaum entlang der Wirbelsäule?

Wie reagiert Ihr Kind auf Insektenstiche?

Gibt es deutliche Anzeichen einer Überreaktion?

Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

24. *Wundheilung*

---

Wie verläuft die Wundheilung?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> normal            | <input type="checkbox"/> Wunden eitern ständig             |
| <input type="checkbox"/> stark verlangsamt | <input type="checkbox"/> Wunden brechen ständig wieder auf |

Besteht eine Blutungsneigung?

Gibt es überschießendes Narbengewebe (Keloidbildung)?

Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

25. *Gemüt*

---

Ist Ihr Kind leicht ermüdbar?

Ist es leicht erregbar, ja sogar über-erregbar?

Wie reagiert es?

Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind?

Weint es sehr leicht?

Ist Ihr Kind auffällig schreckhaft? Bitte geben Sie Beispiele!

---

Welche Ängste hat Ihr Kind?

Hat es eine ausgeprägte Angst vor...

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Spinnen   | <input type="checkbox"/> Geistern             |
| <input type="checkbox"/> Schlangen | <input type="checkbox"/> Gespenstern          |
| <input type="checkbox"/> Insekten  | <input type="checkbox"/> Räubern              |
| <input type="checkbox"/> Hunden    |   |
| <input type="checkbox"/> Katzen    | <input type="checkbox"/> eigenartige Ängste   |
| <input type="checkbox"/> Pferden   | <input type="checkbox"/> unerklärliche Ängste |

---

Wie ist sein Selbstwertgefühl?

Ist es ausgesprochen schüchtern?

Neigt Ihr Kind zu depressiven Verstimmungen?

Ist es sehr wechselhaft in seinen Stimmungen?

Was war bisher der größte Kummer Ihres Kindes?

---

Hat Ihr Kind Ausdauer, z.B. beim Spielen?

Kann es alleine spielen?

Findet Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern oder spielt es lieber alleine?

Wie verhält sich Ihr Kind bei fremden Menschen und in fremder Umgebung?  
(z.B. im Kindergarten)

Wie ist sein Sozialverhalten?

Zeigt es Mitgefühl? Ist es gar mitleidend?

Will es Mittelpunkt sein?

---

Liebt Ihr Kind Musik? Singt oder tanzt es gerne?

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit?

Hat Ihr Kind Lernprobleme? In welchen Gebieten?

Ist es sehr ordentlich, evtl. sogar pedantisch?

---

Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch?

Neigt es zu Zorn- oder Wutausbrüchen?

Wirft es sich auf den Boden?

Schlägt es mit dem Kopf gegen die Wand?

Wie reagiert Ihr Kind auf Enttäuschung oder Kummer?

Lässt es sich sofort trösten oder zieht es sich zunächst zurück, um allein damit fertig zu werden?

Ist Ihr Kind sehr unruhig? Kann es stillsitzen oder ist es ein regelrechter Zappelphilipp?

Ist Ihr Kind ein Nein-Sager?

---

Bitte ergänzen und beschreiben Sie!