

# Fragebogen Kinder

Datum: \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

## Zeitchronologie der Erkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte unterstreichen Sie diejenigen Erkrankungen/Auffälligkeiten, die Ihr Kind schon mal in seinem Leben hatte. Schreiben Sie dahinter in welchem **Alter** Ihr Kind diese Erkrankungen hatte. Wenn Sie mit dem genauen Zeitpunkt unsicher sind, schreiben Sie „ca.“ vor die Jahreszahl.

Wenn Ihr Kind die gleiche Erkrankung mehrmals hatte, notieren Sie es (z. B. Lungenentzündung „3“, „25“)

Wenn die Erkrankung mehrere Jahre anhielt, notieren Sie es entsprechend (z. Migräne von 22 – 31“)

Bitte versuchen Sie beim Ausfüllen – auch wenn es Mühe macht – so genau und ehrlich wie möglich zu sein, es wird den Erfolg der homöopathischen Behandlung verbessern.

angeb. Fehlbildungen: Herzfehler, Blindheit, Klumpfuß, Hasenscharte ...

Stottern

Bettnässen

Leistenbruch, Nabelbruch

Hodenhochstand

Phimose/Vorhautverengung

Spät Laufen (14 M) oder Sprechen (24 M) gelernt

Legasthenie

Kinderkrankheiten:

- Masern
- Keuchhusten
- Scharlach
- Mumps
- Röteln
- Windpocken

Würmer, Läuse, Krätze

Tuberkulose

Malaria

Meningitis

Mononukleose/Pfeiffersches Drüsenfieber  
Hepatitis  
Herpes zoster  
schwere Grippe  
Lungenentzündung  
Weitere Infektionskrankheiten?  
Pleuritis/Rippenfellentzündung  
Asthma  
Krupp/Pseudokrupp  
chron. Bronchitis  
Schilddrüsenerkrankung: Kropf, Überfunktion, Unterfunktion, Basedow, Hashimoto  
Angina/Halsentzündung  
Allergien, Heuschnupfen, Neurodermitis  
Lymphknotenschwellungen  
Otitis media / Mittelohrentzündung  
Polypen  
Nasenbluten  
Knochenerkrankungen: Rachitis, Hüftdysplasie, Exostosen (z. B. Fersensporn)  
Trichterbrust, Skoliose  
Zähne: querstehend, nicht angelegt, Milchzähne nicht von alleine ausgefallen  
Schielen  
Angeborene Hornhautverkrümmung  
Kurz- oder Weitsichtigkeit  
Gerstenkörner  
Augenentzündung  
Nierenentzündung  
Harnröhrentzündung,  
Zystitis/Blasenentzündung  
Gallensteine/Nierensteine  
Regelmäßig Durchfall oder Verstopfung  
Nervenentzündungen/Neuritis, Lähmungen  
Epilepsie  
Migräne, chronische Kopfschmerzen  
Krebs (welcher Art?)  
Starke Reaktion auf Insektenstiche  
Erysipel/Wundrose  
Aphthen  
Pigmentstörungen, Weißfleckenkrankheit  
Psoriasis/Schuppenflechte  
Milchschorf, Ekzem  
Urtikaria  
Akne  
Hautpilz  
Eiterungen, Furunkel, Fisteln  
Herpes (Lippen, Genitalien)  
Diabetes (Typ I oder Typ II?)  
Kondylome, Feigwarzen  
Einfache Warzen (kleine, hornige Warzen, z. B. Hände), Dornwarzen/Plantarwarzen (Fußsohle)  
Filiforme Warzen (weiche, fadenförmige Warzen, z. B. Hals, Achseln)  
Hämangiom/Blutschwamm  
Fußpilz, Nagelpilz  
Psyche: Bulimie, Magersucht, Depression, Angstzustände

**Erkrankungen, die bisher nicht erwähnt wurden:**

---

**Operationen:**

---

**treten frühere Erkrankungen immer wieder auf?**

---

**Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit? Wogegen, seit wann, wie viel?**

---

---

**Entwicklungen von Syndromen, welche Symptome gingen dem jetzigen Krankheitszustand voraus?  
Wie war es früher?**

---

**Fragebogen zur Familienanamnese:**

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Auffälligkeiten in ihrer Familie aufgetreten sind. Ordnen Sie alles jeweils der mütterlichen und väterlichen Verwandtschaft zu. Erfasst werden sollten dabei:

1. Eigene Geschwister Ihres Kindes, 2. Eltern + deren Geschwister, 3. Großeltern + deren Geschwister, 4. ggfs. Urgroßeltern

KRANKHEITEN	Geschwister	Mutter	Geschwister Mutter	Großeltern (Mutter + Vater) mütterlich	Geschwister Großeltern (mütterlich)	Vater	Geschwister Vater	Großeltern (Mutter + Vater) väterlich	Geschwister Großeltern (väterlich)
Tuberkulose									
Lungenentzündung									
Pleuritis/Rippenfellentzündung									
Asthma, chron. Bronchitis									
Schilddrüsenerkrankung: Struma/Kropf, Hyperthyreose, Basedow									
Allergien, Heuschnupfen, Neurodermitis									
Eiterungen, Furunkel, Fisteln									
Meningitis									
Epilepsie									
Thyphus, Malaria									
Syphilis									
Diphtherie									
Knochenerkrankungen: Rachitis, Hüftdysplasie, Exostosen (z. B. Fersensporn)									
angeb. Fehlbildungen: Herzfehler, Blindheit, Klumpfuß, Hasenscharte									
Schielen, Stottern									
Bettnässen									
Leistenbruch, Hodenhochstand									
Totgeburt, Fehlgeburt, Zwillinge									
Nerven: Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen									
Geschwüre									
Magengeschwüre									
Psoriasis/Schuppenflechte									
Bluthochdruck (Hypertonie)									
Herzinfarkt, Arteriosklerose									
Schlaganfall									
Alzheimer/Altersdemenz									
Alkoholismus									

Depression, Geisteskrankheit, Selbstmord									
Krebs (welche Art?)									
Leukämie									
Basaliom									
Mononukleose/Pfeiffersches Drüsenfieber									
Herpes zoster / Gürtelrose									
Thrombose									
Hepatitis									
Diabetes (Typ I oder Typ II?)									
Gonorrhoe / Tripper									
Filiforme Warzen/Stilwarzen, Kondylome, Feigwarzen									
Gallensteine, Nierensteine									
Gicht, Rheuma									
Eierstockentzündung, Sterilität									
Myome									
Harnröhrentzündung, Prostataentzündung									
Blasen-, Nierenentzündung									
starke Impfreaktion (Fieber, Entzündungen...)									
Kinderkrankheiten: Masern, Keuchhusten, Scharlach, Mumps, Röteln, Windpocken									

## **SCHWANGERSCHAFT/GEBURT**

### **Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?**

(z.B. Fruchtwasseruntersuchungen, Virusinfekte, Blutgruppenunverträglichkeiten, Ängste, Unfälle, wehenhemmende Mittel, Schwangerschaftserbrechen, drohende Fehlgeburt ...)

---

---

---

---

---

### **Wie war der Verlauf der Geburt?**

(zu früh, termingerecht, Farbe des Fruchtwassers, Komplikationen, Lage des Kindes ...)

---

---

---

---

---

### **Wie war die Neugeborenenperiode?**

(Geburtsgewicht, Länge, Kopfumfang)

(Sofort geatmet, Nabelschnurstrangulierung, Schlüsselbeinbruch, Nabelbruch, Leistenbruch, Nabelentzündung, Gelbsucht, Brutkasten?)

---

---

---

### **War Ihr Kind apathisch oder hat es ständig geschrien?**

---

---

### **Wie war die Stillperiode?**

(unauffällig, schlechter Trinker, Speikind, 3monats-Koliken?)

---

---

## **ENTWICKLUNG**

**Liegt eine angeborene/erworbene Behinderung vor?**

---

---

**Wie ist das Größenwachstum?**

Normal, verzögert, beschleunigt

---

**Wie war die körperliche Entwicklung?**

Wann Aufstützen auf die Hände? \_\_\_\_\_

Drehen? \_\_\_\_\_

Sitzen? \_\_\_\_\_

Koordiniertes Krabbeln? \_\_\_\_\_

Stehen? \_\_\_\_\_

Freies laufen? \_\_\_\_\_

**Wann und wie begann Ihr Kind zu sprechen?**

---

---

**Wann ist Ihr Kind sauber geworden?**

---

---

## ALLGEMEINES

**Gibt es Jahreszeiten, in der sich die Krankheit Ihres Kindes verschlechtert?** ja  / nein   
Wenn ja, welche?

---

---

**Gibt es Tageszeiten, in der sich die Krankheit Ihres Kindes verschlechtert?** ja  / nein   
Wenn ja, welche?

---

---

**Beeinflusst das Wetter die Beschwerden?** ja  / nein   
Wenn ja, welches und wann besser oder schlechter? (z.B. Wetterwechsel, feuchtwarm, nasskalt, Gewitter, Wind, Zugluft ... usw)

---

---

---

**Kehren die Beschwerden in einem bestimmten Rhythmus wieder?** ja  / nein   
z.B. Kopfschmerzen alle 14 Tage, oder immer im Sommer

---

---

**Verträgt Ihr Kind Wärme?** ja  / nein   
(z.B. starkes Verlangen, Abneigung Sonne, Hitze, geheizte Räume, Zimmer, Bettdecke, warme Badewanne)

---

---

---

**Verträgt Ihr Kind Kälte?** ja  / nein   
(z.B. starkes Verlangen, Abneigung, Kälte, kalter Wind, Frost, Schnee ...)

---

---

---

**Liebt Ihr Kind den Aufenthalt am ....?**  
(Meer, Gebirge, warmes Zimmer, Freien, frischer Luft, Reisen)

---

---

---

**Ist Ihr Kind wetterempfindlich?** ja  / nein   
Wetterwechsel, Regen, Nebel, Schnee, Wind, Sturm, Gewitter, Föhn, Zugluft,

---

---

---



**Wie reagiert Ihr Kind auf Berührung?**

Ist es kitzelig? Schmust es gerne?

---

---

**Wie schläft Ihr Kind**

(Fenster offen, Heizung an, warm zugedeckt, abgedeckt, zugedeckte/ abgedeckte Füße

---

---

---

**Allgemeines zu dem Schlaf Ihres Kindes**

(Wie fühlt es sich morgens?, Einschlaf-Durchschlafstörungen, Erwachen – Schlafwandel, Nachtschweiß, Zähneknirschen –Speichelfluss, gestörter: Schrei, Herz, Hunger, Urin, Alpträume

Lage: eine Seite nicht möglich, Knie-Ellenbogen-Lage

Schlafgewohnheiten: wie lange ?

Wiederkehrende Träume? (z.B. Fallen)

Wie ist der Schlaf?

Einnässen?

---

---

---

**Schwitzt Ihr Kind?**

(leicht/schwer? Wo am meisten? (Hände, Füße, Achsel, Kopf?), kalt/warm – übelriechend - färbt Wäsche- Ablagerung – klebrig, unter welchen Umständen?)

---

---

---

**Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich oder geruchsempfindlich?**

Geräuschempfindlich gegen: \_\_\_\_\_

Geruchsempfindlich gegen: \_\_\_\_\_

**Gibt es bestimmte Geräusche oder Gerüche, die es überhaupt nicht verträgt?**

Geräusche \_\_\_\_\_

Gerüche \_\_\_\_\_

**Gab es in der Vergangenheit Ihres Kindes traumatische Situationen oder Erlebnisse?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

**Gab es der Vergangenheit Ihres Kindes Unfälle?**

Wenn ja, welche?

---

---

---

**Welche Impfungen hatte Ihr Kind ?**

---



---

**Traten nach einer Impfung Symptome / Reaktionen oder Beschwerden auf?** ja  / nein

- Fieberkrämpfe     Fieber     Aphten     schrille Schreie, Schreikrämpfe  
 Lähmungserscheinungen     Hirnhautentzündungen     Wesensveränderungen

---



---

**Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Serumtherapie durchgeführt?** ja  / nein

Blutaustausch wegen Rhesusfaktor-Unverträglichkeit \_\_\_\_\_

Bluttransfusion \_\_\_\_\_

Eigenbluttherapie \_\_\_\_\_

**Wurden Ihr Kind von einem Tier gebissen (Katzen, Hunde .... Zecken)?** ja  / nein

Wenn ja, welches Tier und wann?

---

**Hat Ihr Kind Warzen, oder warzenähnliche Hautgebilde?**

---



---



---

**Hauterscheinungen?**

Sommersprossen: ja  / nein                       Leberflecken: ja  / nein

Muttermale: ja  / nein                               Feuermale: ja  / nein

Spider naevi ja  / nein   
 (spinnenförmige Gefäßzeichnungen)

**Genitalien MÄNNLICH:**

Gab es einen Hodenhochstand? ja  / nein

Gab es eine Vorhautverklebung? ja  / nein

Musste eine Phimose behandelt werden? ja  / nein

Hatte Ihr Kind eine Hodenentzündung? ja  / nein

Gab es schon einmal eine Pilzinfektion im Genitalbereich? ja  / nein

Gab es schon einmal eine Herpesinfektion im Genitalbereich? ja  / nein

**Genitalien WEIBLICH:**

**Hat Ihr Kind Ausfluss?** ja  / nein  **Seit wann?** \_\_\_\_\_

Wie sieht der Ausfluss aus?

dick  dünn  eitrig  eiweißartig  milchig  gelb  braun .....

**Welche Beschwerden macht der Ausfluss?**

brennend  juckend  wundmachend  mild  keine .....

**Wurde der Ausfluss schon behandelt?** ja  / nein

Wenn ja, mit welchem Erfolg?

01: \_\_\_\_\_

02: \_\_\_\_\_

**Hatte Ihr Kind schon einmal Vaginalpilze?** ja  / nein

**Hatte Ihr Kind schon einmal Entzündungen der Eierstöcke?** ja  / nein

**Hatte Ihr Kind schon einmal Entzündungen der Gebärmutter?** ja  / nein

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

**Bei schon bestehender Menstruation**

Wann war die erste Menstruation (**Periode**)? \_\_\_\_\_

**Bemerkt Ihr Kind ein paar Tage vor, zu Beginn, während oder nach bzw. zwischen der Menstruation körperliche, psychische oder sonstige Veränderungen bzw. Beschwerden?**

Wenn ja, welche und zu welcher Zeit der Periode treten diese auf?

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

In welchen Abständen besteht die Periode?

**Gerechnet vom 1. Tag der Blutung bis zu dem Tag, bevor die nächste Blutung beginnt (Menstruationszyklus)?**

\_\_\_\_\_

Wie stark ist die Periode? \_\_\_\_\_

Wie ist die Farbe?

helles Blut  dunkles Blut  mit Klumpen .....

\_\_\_\_\_

**Zu welcher Tages- oder Nachtstunde fließt die Menses am stärksten?**

\_\_\_\_\_

**Stuhl:**

**Hat Ihr Kind im Bauchbereich Schmerzen?**

ja  / nein

Vor dem Stuhlgang

Während dem Stuhlgang

Nach dem Stuhlgang

---

**Besteht eine Stuhlträgheit?**

ja  / nein

schwegender Stuhl, trotz weicher Konsistenz

vergeblicher Stuhltrieb

**Leidet Ihr Kind unter Durchfälle?**

ja  / nein

Es gibt eine Ursache dafür

wechselt mit Verstopfung

**Konsistenz des Stuhls.**

breiig, weich

wie Kaffeesatz

flüssig

unverdaut

fest, zäh

flockig

klumpiger Schleim

dünn wie Bleistift

wie Schafskot

wie gehackt  bröckelig

Auflagen von Schleim

Auflagen von Blut

halbflüssig mit Stuhlpartikel

**Geruch des Stuhls.**

aashaft

wie faule Eier

faulig

wie alter Käse

sauer

übelriechend

.....

.....

**Farbe des Stuhls.**

hellgelb

gelb

lehmfarbig

braun

dunkel

grünlich

leberfarbig

wie Kalkbrocken

fettig

orange

.....

**Stuhlabgang.**

mit Blähungsabgang  herausschießend

heiß

laut, geräuschvoll

Erleichtert Ihnen eine besondere Körperhaltung den Stuhlgang?

(z.B. nach vorne beugen, zurückneigen.....)

---

## **Essen und Trinken**

**Was trinkt Ihr Kind regelmäßig und in welcher Menge?**

**Was ist sein Haupt- bzw. Lieblingsgetränk?**

**Wie viel (Gesamttrinkmenge), trinkt es pro Tag?**

**Wie ist sein Appetit und sein Essverhalten?** \_\_\_\_\_

**Wie ist das Verhältnis von dem, was es isst, zu seinem Gewicht?** \_\_\_\_\_

**Kann Ihr Kind auch eine Mahlzeit auslassen oder bekommen es dadurch Beschwerden?**

---

---

**Hat Ihr Kind auffallenden Appetit, Heißhunger oder Verlangen nach bestimmten Speisen, Gewürzen oder Getränken, bei denen es ihm schwerfällt, darauf zu verzichten?**

Wenn ja, worauf?

---

---

**Hat Ihr Kind eine auffallende Abneigung oder gar Ekel gegen bestimmte Speisen, Gewürze, Getränke? Wenn ja, wogegen?**

---

---

Gibt es bestimmte Speisen, Gewürze, Getränke, die ihr Kind nicht verträgt?

**Welche und was für Beschwerden bekommt es dadurch?**

---

---

**GEMÜT:**

**Ist Ihr Kind leicht erregbar, oder übererregbar?**

---

**Ist ihr Kind sehr unruhig? Kann es stillsitzen?**

---

**Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind? Weint es leicht?**

---

**Bestehen Ängste?**

Ahnungen, , Platzangst, vor Alleinsein, Armut, Dunkelheit, Einbrecher, Erwachen, Geisteskrankheiten, Geräusche, Gesellschaft, Gewitter, Mißerfolgen, Prüfungen, Sterben, Tiere, Zukunft, Schlangen, Spinnen, Mäusen, abends im dunkeln )Geister, Gespenster, Räuber)

**Wie ist sein Selbstwertgefühl?**

---

**Hat Ihr Kind Ausdauer( z.B. bei Spielen)**

---

**Kann Ihr Kind alleine spielen?**

---

**Ist Ihr Kind schüchtern?**

---

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

---

**Wie verhält es sich bei fremden Menschen oder in fremder Umgebung?**

---

**Wie reagiert es auf Trost und Zuspruch:**

---

**Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch?**

---

**Wie erträgt es eine Kränkung?**

---

**Neigt Ihr Kind zu Wutausbrüchen?**

---

**Wie reagiert es bei Prüfungen?**

---

**Wie reagiert es auf Freude?**

---

**Hat Ihr Kind Hobbies?**

---

**Wie ist das Gedächtnis Ihres Kindes?**

Vergesslichkeit, Namen, Zahlen, vergisst, was es tun will, versprechen, verschreiben

---

**Wie ist seine Konzentration?**

---

**Wie geht es mit dem Lernen?**

leicht, schwer, Verlangen, Abneigung, Unfähigkeit

---

**Ist Ihr Kind ordentlich oder unordentlich?**

---