**Anamnesebogen Homöopathie KINDER**

Um das best 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.

Vorname und Nachname:

**Familienanamnese:**

Erkrankungen in der Familie: chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Hypertonie, Autoimmunerkrankungen, Depressionen,Krebs, asthma, Hauterkrankungen, Allergien.

Vater:

Mutter:

Großmutter mütterls.:

Großvater mütterls.:

Urgroßeltern:

Großmutter väterls.:

Großvater väterls.:

Onkel:

Tante:

Bruder:

Schwester:

[[1]](#endnote-1)

**Eigenanamnese:**

**Schwangerschaft:**

Verlief die Schwangerschaft problemlos?

Gab es Psychische Veränderungen der Mutter bzw., eine Stresssituatuion während der Schwangerschaft?

**Geburt:**

Wie verlief die Geburt/ Gab es Probleme während der Geburt? Spontan, Sektio, 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 verleif die Sprachentwicklung Ihres Kindes? Erste Worte, konnte es mit 2 Jahren 20 Wörter sprechen?

**Nahrungsmittel**

Welche Nahrungsmittel bevorzugt Ihr Kind oder lehnt es ab ( Milch, Eier, Fleisch, Gemüse, Obst, salzig, Scharf, sauer, unverdauliches wie Papier) Wie stark ist der Appetit? Was und wieviel trinkt Ihr Kind?

Verlangen:

Abneigungen:

**Erkrankungen/Operationen/Unfälle**

Geben Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen, Operationen und Unfälle Ihres Kindes an!

Wann traten sie zum ersten Mal auf? Welche Medikamente wurden eingenommen und wie lange dauerten die Erkrankungen?

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

**Bitte ordnen Sie die Erkrankungen dem entsprechendem Körperteilen zu:**

Kopf( HNO- Bereich, Gesicht, Augen, Zähne)

Hals(Mandeln, Schilddrüse, Lyphknoten)

Brust

Bauch,Rücken, Darm/Leber

Nieren/Blase/Genitalbereich

Nägel/Haare/ Haut

**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?

**Allgemeines**

Was verbessert die Beschwerden Ihres Kindes (Wärme/Kälte, Trinken, Schlafen, Meer, Berge)?

Was verschlechtert die Beschwerden?

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

Welches Wetter mag Ihr Kind nicht?

Was oder wen mag Ihr Kind am liebsten (im zimmer spielen, Freunde, Verwandte, Tiere...)

**Schlaf**

Schläft ihr Kind schnell allein und oder Licht ein?

Schlät 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)

**Träume**

Berichtet Ihr Kind gelegentlich von seinen Träumen? Hat es Albträume? Tagträume?

**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**

Welche Charakterzüge hat ihr Kind?

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.

Welche Hobbys/ Interessen hat Ihr Kind?

**Bitte geben sie an;**

Lieblingsfarbe:

Lieblingstier:

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?

Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Fragebogen beim Erstgespräch mit.

[[2]](#footnote-1)

1. [↑](#endnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-1)