

# Basisfragebogen Homöopathie Kinder

<b>1.</b>	Welches sind die Hauptbeschwerden Ihres Kindes ?  Bitte schildern Sie die näheren Umstände: a. Erstes Auftreten nach was ? b. Wo bestehen diese Beschwerden genau ? c. Wie sind diese Beschwerden ? d. Wann treten sie besonders auf ? e. Wodurch Besserung / Verschlechterung ? f. Was begleitet die Beschwerden ?	
<b>2.</b>	Welche Medikamente nimmt Ihr Kind z.Zt. ein ?	
<b>3.</b>	Was haben Sie bisher unternommen ?	
<b>4.</b>	Welche homöopathischen Mittel benutzen Sie ? in welcher Potenz ?	
<b>5.</b>	Bekam Ihr Kind früher einmal ein homöopathisches Konstitutionsmittel ?	
<b>6.</b>	In welchem Augenblick während der 24 Stunden eines Tages fühlt sich Ihr Kind weniger gut, was das Allgemeinbefinden betrifft, z.B. unmittelbar beim Erwachen, 11 Uhr, abends, nachts, usw. ?	
<b>7.</b>	In welchem Augenblick während 24 Stunden ist Ihr Kind deprimiert, traurig, pessimistisch, aggressiv ?	
<b>8.</b>	Wie würden Sie ihr Kind charakterisieren ? Welche Eigenschaften hat es ?	
<b>9.</b>	Ist Ihr Kind eher langsam und träge, wenn es Aufgaben erledigen soll, oder macht es so etwas schnell und zügig ( z.B. Aufräumen des Zimmers ) ?	
<b>10.</b>	Was mag Ihr Kind gerne ? Was liebt es ?	
<b>11.</b>	Was kann Ihr Kind nicht leiden ? Was haßt es ?	
<b>12.</b>	Wovor fürchtet sich Ihr Kind ?	
<b>13.</b>	Wie verträgt Ihr Kind Ungerechtigkeit ?	
<b>14.</b>	Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu anderen Kindern, Geschwistern ?	

# Basisfragebogen Homöopathie Kinder

15.	Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Erwachsenen ?	
16.	Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Tieren ?	
17.	Ist Ihrem Kind eher immer warm oder eher kalt oder wechselt das öfters ? Hat Ihr Kind ständig kalte Hände oder Füße ?	
18.	Wie erträgt Ihr Kind Wärme im allgemeinen ? Bevorzugt es ein warmes oder ein kaltes Bett ? Von wieviel Grad an fühlt sich Ihr Kind in einem geschlossenen Zimmer unbehaglich, bei über 22, über 24 Grad ? Mag Ihr Kind Sauna ? Sommerhitze ?	
19.	Wie bedeckt sich Ihr Kind nachts im Bett ? Schläft es ruhig ? Wacht es häufiger auf ?	
20.	Wovon träumt Ihr Kind häufiger ?	
21.	Wann und warum empfindet Ihr Kind Angst und Furcht ? Beispielsweise Angst vor Tieren, vor und bei Gewitter, von dem Alleinsein, vor Einbrechern, der Zukunft, vor Krankheit, Wasser, dem Tod, einem Unglück, geschlossenen Räumen, oder Furcht zu fallen, vor der Nacht usw.	
22.	Schläft Ihr Kind nachts bei offenem Fenster ? Wie erträgt es einen ganzen Tag ohne frische Luft ?	
23.	In welcher Stellung fühlt sich Ihr Kind am wohlsten, im Sitzen, im Liegen, beim Stehen ?	
24.	Um wieviel Uhr geht Ihr Kind zu Bett ? Bis wann schläft es ? Macht Ihr Kind einen Mittagsschlaf ? Wie lange ? In welcher Stellung schläft es, wie hält es seinen Kopf, die Arme, Beine ? Schwitzt Ihr Kind im Schlaf viel ?	
25.	Wie verhält es sich während des Schlafens ? Es gibt Kinder, die sprechen, lachen, schreien, weinen, zucken zusammen, sind unruhig. haben Angst, knirschen mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen oder offenem Mund, usw.	
26.	Wacht Ihr Kind morgens entspannt und ausgeglichen auf ?	
27.	Kann er / sie längere Zeit still sitzen ?	
28.	Kann er / sie sich länger allein beschäftigen ? Kann Ihr Kind sich länger auf eine Aufgabe konzentrieren ?	
29.	Welche Hobbys, welchen Sport betreibt Ihr Kind ? Wie oft ?	
30.	Ist Ihr Kind eher reinlich oder eher großzügig was Körperreinigung und saubere Kleidung angeht ?	
31.	Wie verträgt Ihr Kind Auto- und Bahnfahren, Schiffsreisen, das Fliegen ?	

# Basisfragebogen Homöopathie Kinder

32.	Wann empfindet es Durst ? Trinkt es mehr als andere, was ist die ungefähre Tagesmenge ?	
33.	Wie geht es Ihrem Kind generell nach dem Essen ? Nach bestimmten Mahlzeiten ?	
34.	Welche Nahrungsmittel oder Getränke mag Ihr Kind besonders ?	
35.	Welche Nahrungsmittel oder Getränke verabscheut Ihr Kind besonders ?	
36.	Welche Speisen bekommen Ihrem Kind nicht ? Weshalb ? Welche Speisen machen es krank, kann es nicht essen ?	
37.	Nach welchen Speisen hat Ihr Kind ein ausgesprochenes Verlangen ? (Zucker, Süßigkeiten Saures. scharf Gewürztes. Salz, üppige und fette Speisen. Butter, Brot, Früchte, Fisch, Fleisch, Eier, Milch)	
38.	Gibt es Gerüche, die Ihr Kind nicht verträgt ? Welche ?	
39.	Wie verträgt Ihr Kind Zigarettenrauch ?	
40.	Gibt es Medikamente oder Substanzen, die Ihr Kind, eingenommen oder bei äußerlicher Anwendung, krank machen (Antibiotika, pflanzliche Präparate...) ? Sind Allergien bekannt ?	
41.	Welchen Impfungen hat Ihr Kind erhalten? Wie war die Auswirkung auf seine Gesundheit ?	
42.	Wie verträgt Ihr Kind heiße Bäder, kalte Bäder, Baden im Meer ?	
43.	Wie verträgt Ihr Kind: Kragen, Gürtel, eng zugeknöpfte Kleidung ?	
44.	Welchen Einfluß haben Berührung oder Druck auf Ihre Beschwerden ?	
45.	Wie verträgt Ihr Kind Lärm ?	
46.	Wie ist seine Beziehung zu Musik ?	
47.	An welcher Körperhälfte treten die Beschwerden vermehrt auf ?	
48.	Heilen Wunden rasch ? Bluten sie lange ? Eitern sie leicht ? Treten häufiger blaue Flecke auf ?	
49.	Welches war der größte Kummer seines Lebens ?	
50.	Welches seine größte Freude ?	
51.	Wie verträgt Ihr Kind Schwierigkeiten und Verdruß ? Es gibt Kinder, die davon krank werden, andere heben damit keine Probleme ?	
52.	Bei welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind ?	

# Basisfragebogen Homöopathie Kinder

<b>53.</b>	Wenn Ihr Kind traurig ist, teilt es dies anderen mit oder behält es seinen Kummer für sich ?	
<b>54.</b>	Unter welchen Umständen empfindet Ihr Kind Eifersucht ?	
<b>55.</b>	Wie sind Ihre Lebens / Wohnbedingungen ?	
<b>56.</b>	Bitte schildern Sie, welche Krankheiten Ihr Kind bisher hatte	
<b>57.</b>	Welche schweren oder chronischen Erkrankungen sind in der Familie bisher aufgetreten ? Allergien ? Tuberkulose ? Geschlechtskrankheiten ?	
<b>58.</b>	Wie waren Schwangerschaft und Geburt ? Die ersten Wochen des Lebens?	
<b>59.</b>	Wurde ihr Kind gestillt ? Wie lange ?	
<b>60.</b>	Wie alt / groß und schwer ist Ihr Kind ?	
<b>61.</b>	Hat sich sein Gewicht in den letzten Monaten stark verändert ?	
<b>62.</b>	Wie alt war Ihr Kind, als es Laufen lernte ?	
<b>63.</b>	Wie alt war Ihr Kind, als es Sprechen lernte ?	
<b>64.</b>	Wie war das Zahnen Ihres Kindes ? Traten dabei Beschwerden auf ?	
<b>65.</b>	Bitte führen Sie nun noch an, was Ihnen wichtig erscheint, bisher aber noch nicht abgefragt wurde .	