

Beate Els
Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin, Diplom Homöopathie

Homöopathische Ambulanz am Klinikum Holweide
Tel.: 01573-4242465 E-Mail: els@homhol.de

Datum:

Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Adresse:

Mutter:

Beruf:

email:

Vater:

Beruf:

email:

Schule/Kindergarten/Hort des Kindes:

Krankenkasse:

Haus-/Kinderarzt

Hauptbeschwerde(n): (momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, Behandlungen, Medikamente)

Was erwarten Sie von der homöopathischen Behandlung? Was ist zurzeit das Schlimmste? „**Was ist das zu Heilende?**“

Steht diese Erkrankung eventuell in einem Zusammenhang mit speziellen Umständen, einem Unfall, psychischen Belastungen (z.B. Schock, Kummer, Sorgen, Verlust)? Haben Ernährung, Kälte, Hitze, Tageszeit, Jahreszeit, Ruhe, Bewegung, Belastung usw. einen Einfluss auf die Krankheitsbeschwerden?

Frühere Erkrankungen und Behandlungen:

Notieren Sie bitte alle Erkrankungen, Operationen, Unfälle usw. mit dem möglichst genauen Datum des Auftretens
Soweit Sie es wissen, sind auch die Dauer der Erkrankung, sowie die Behandlung wichtig.

Schwangerschaft der Mutter

- vorher: gab es Fertilitätsstörungen? Fehlgeburten? Geplante/ungeplante SS?
- Wie war die körperliche und seelische Befindlichkeit während der SS?
- Gab es SS-Komplikationen? (Blutungen, Gestose, Diabetes, SS-Erbrechen?)
- Gab es Erkrankungen oder Unfälle während der SS?
- Medikamenteneinnahme während der SS?
- Schlafstörungen?
- Veränderung des Essverhaltens?
- Verdauungsprobleme? (Erbrechen, Sodbrennen, Verstopfung, Durchfall?)
- Nieren-/Blasenprobleme?
- Venenprobleme? (Krampfadern, Hämorrhoiden?)
- Gab es einschneidende Ereignisse(seelischer Schock, Unfall,Tod nahestehender Personen) während der SS?
- Wie war die Wohn- und Berufssituation der Eltern?

Geburt

- Termingeburt? Zu früh ? zu spät?
- Geburtslage?
- In welcher Umgebung fand die Geburt statt?
- Wie waren die Schmerzen der Mutter? (Art, Ausstrahlung, wodurch besser/schlechter)
- Dauer der Geburt? Schwierigkeiten? Lang dauernde, wild Wehen? Sauerstoffmangel?
- Hilfsmittel? (Kaiserschnitt, Vakuumextraktion, PDA, Zange, Dammschnitt, Medikamente?)
- Wie war der erste Kontakt mit dem Säugling?
- Wie war der körperliche Zustand der Mutter nach der Geburt?
- Gab es Komplikationen nach der Geburt? (Blutungen, Infektion...)
- Wie war das seelische Befinden während und nach der Geburt?

Neugeborenes

- Körperlänge, Gewicht, Kopfumfang des Kindes?
- Aussehen und Verhalten des NG in den ersten Stunden nach der Geburt?
(Hautbeschaffenheit, Hautfarbe, Gelbsucht? Atmung)
- Nabelprobleme?
- War das NG ruhig, übermäßig ruhig, übermäßig unruhig?
- Brauchte es spezielle medizinische Hilfe?
- Konnte es gestillt werden?
- Wie war das Verhalten des Kindes während und nach dem Trinken?
- Gab es körperliche Reaktionen im Zusammenhang mit dem Trinken?
- Trinkmenge, Häufigkeit?
- Stillunterbrechungen? (Brustentzündung, Milchstau?)
- Stilldauer, Probleme beim Abstillen?
- Reaktion auf Nahrungswechsel?

Entwicklung

Gab es Auffälligkeiten in folgenden Bereichen und wenn ja, erinnern Sie sich an den ungefähren Zeitpunkt?

Kopfbeugen? Krabbeln? Einseitige Bewegungen? Zuhören? Sitzen? Stehen?
Gab es auffällige, sich wiederholende Bewegungen? Geschicklichkeit? Bewegungsdrang?
Sprachentwicklung? Deutlichkeit der Aussprache, Stottern, Lispeln?

Reinlichkeit: Zu welchem Zeitpunkt wollte das Kind selbständig aufs WC? Gab es später einen Rückfall mit Einnässen, Einkoten? Wann konnte es sich selber waschen und anziehen?

Auffällige Gewohnheiten:

Daumenlutschen, Nagelbeißen, Grimassieren, Nase- Ohren-Bohren, Tics, Zähneknirschen, Händewaschen?

Geschlechtliche Entwicklung:

Hoden/ Brustentwicklung, Schambehaarung, Stimmbruch, Mensesbeginn
Sexualität: Interesse an sexuellen Fragen? Spielt es an den Genitalien, Masturbation?

Körperliche Auffälligkeiten:

Bitte geben Sie an, in welchem Lebensalter des Kindes Veränderungen in den folgenden Bereichen aufgetreten sind:

- Körperbau: Wachstum, Gewichtsentwicklung, Wachstumsschmerzen? Körperbauauffälligkeiten?
- Kopf: Größe, Fontanellenschluß, Ausschläge, Schmerzen ?
- Haare: Dünn, dick, gestäubt, fettig, zerzaust, Läuse, Haarausfall?
Welche Reaktion auf Kämmen, Haare waschen, Friseur?
- Gesicht: Ausdruck? Farbveränderungen der Lippen, Ohren Wangen? In welchem Zusammenhang treten sie auf?
Hautveränderungen (Ausschläge, Herpes, Warzen, Akne, Schwellungen) ?
- Ohren: Hörstörungen? Absonderungen? Tendenz zu Entzündungen?
- Augen: Sehstörungen Absonderungen, Entzündungen?
- Nase: chronische Verstopfung, Absonderungen, Nasenbluten?
- Mund, Zunge: Speichelfluss, Aphten (Mundfäule), Mundgeruch? Zahneindrücke?
- Zähne: Tendenz zur Verfärbung? Zahnschmelzveränderungen? Zahnstellung? Karies?
- Hals: Tendenz zu Mandelentzündungen? Drüsenschwellungen?
- Bauch: Bauchkrämpfe? Was bessert, was verschlechtert?
Leistenbruch? Nabelbruch?
Darmvorfall? Verstopfung, Durchfall? Hämorrhoiden? Blähungen?
Auffälliges Verhalten vor während, nach dem Stuhlgang?
- Stuhl: Farbe, Geruch, Konsistenz, Unverträglichkeiten, wundmachend?
- Blase: Entzündungen, häufiges Wasserlassen? Auffälliges Verhalten vor, während, nach dem Wasserlassen?
- Urin: Farbe? Geruch?
- Geschlechtsorgane: Ausfluss, Hodenhochstand, Entzündungen? Vorhautverengung?
- Herz: Erkrankungen?
- Lunge: Erkrankungen?
- Rücken: Haltung, Gang? Schmerzen?
- Haut- oder Nagelveränderungen?
- Schlaf: Schlaflage? Auffahren, Schreien, Sprechen, Zähneknirschen, Schlafwandeln, offener Mund oder Augen?
Schlafbedürfnis, Schlafrhythmus, Einschlaf-/Durchschlafprobleme
Ängste: Alleinschlafen, Dunkelangst, Träume?
- Fieber: Rasche Fieberentwicklung? Hohes Fieber? Fieberverlauf? Rückfälle? Krämpfe? Wärmeverteilung im Körper?
Schwitzen, Schüttelfrost? Essen und Trinken während des Fiebers? Verhalten während des Fiebers?
- Haut, Schleimhaut: Trockenheit? Rissbildung? Ekzeme?
Warzen, Sommersprossen, Muttermale, Leberflecken? Hautverfärbungen?
- Schweiss: Wo vor allem?(behaarter Kopf, Nacken, Füße, usw.)?
Wann (Tagsüber, nachts, während dem Stillen, beim Schreien, usw.)?
Geruch (Sauer, scharf, usw.) Färbt der Schweiss?

Allgemeine Symptome

- Hat das Kind eine starke Körperwärme?/ zu wenig Körperwärme?
Sind einzelne Körperteile zu warm oder zu kalt?

Bestehen **Empfindlichkeiten** auf

- Kälte (z.B. Wind, Baden, Luftzug)?
Hitze (z.B. Sonne, warmes Zimmer, Baden)?
Wetter (z.B. Sturm, Gewitter, Schneefall, Föhn, Regen)?
Klima (z.B. am Meer, in den Bergen)?
Mond?
Schmerzen?
Gerüche?
Licht?
Bewegungen (z.B. Schiff, Auto, Schaukel)?
Pollen?
Medikamente?

Besonderheiten im Säuglingsalter oder Kleinkindesalter? Hautausschläge, Unverträglichkeiten?
Bettnässen?

Entwicklung: Auffälligkeiten oder Verzögerungen in der bisherigen körperlichen, seelischen oder geistigen Entwicklung?

Erste Zahnung? Zeitpunkt des Gehenlernens? Zeitpunkt des Sprechenlernens?

Welche Impfungen wurden durchgeführt?

BCG.....Polio.....Diphtherie.....Tetanus.....

Keuchhusten.....

Masern.....Mumps.....Röteln.....Hepatitis

B.....Sonstige.....

Gab es Komplikationen (Fieber, epileptischer Anfall etc.) nach einer Impfung?

Wie haben Sie die Impfungen vertragen?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den Impfungen?

Hinweise zur homöopathischen Anamnese und Behandlung:

Für eine homöopathische Behandlung genügt es nicht, den Namen der Krankheit bzw. die Diagnose zu kennen. Es geht in der Homöopathie darum, typische, unverwechselbare, individuelle Eigenheiten und Besonderheiten des Patienten herauszufinden, denn diese führen zum individuellen homöopathischen Arzneimittel. Auch scheinbar unwesentliche, gar nicht mit den Hauptbeschwerden in direkter Beziehung stehende Symptome, Beschwerden oder Bemerkungen können für die Wahl des homöopathischen Medikamentes ausschlaggebend sein.

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre Beobachtungen anzuregen und Sie als Patient besser kennen zu lernen, um das für Sie geeignetste homöopathische Arzneimittel zu finden.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, da jede Einzelheit für die Arzneimittelfindung von Bedeutung sein kann. Sollten Sie sich zu einem Punkt nicht schriftlich äußern wollen, so machen Sie ein Sternchen und teilen es dann mündlich mit. Wichtig ist, dass Sie sich mit allen Fragen beschäftigen.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Beschreibung der Beschwerden:

Es genügt nicht, „Kopfschmerzen, Husten, Schwäche“ anzugeben, sondern die möglichst genaue Symptomatik einschließlich der begleitenden Beschwerden ist wichtig: z.B. „bellender Husten, vorwiegend zwischen 2 und 4 Uhr auftretender Husten mit Heiserkeit und klarem Nasensekret, der plötzlich ohne Vorzeichen auftritt“ oder „stechender Kopfschmerz im Stirnbereich, mit Ausbreitung zu den Schläfen, nach Aufregung, Besserung durch Hinlegen und durch Wärme, Verschlechterung durch Sprechen.....“ oder: „Schwäche bei geringster geistiger Anstrengung, morgens, nach dem Essen, durch Hunger, während der Periode, Besserung an der frischen Luft“

Für eine genauere Beschreibung der Beschwerden kann Ihnen die „wo – wie – wann – was – wonach“ Regel helfen:

- Wo treten die Beschwerden auf? Ort? Ausstrahlung?
- Wie werden die Beschwerden empfunden? z.B. Schmerzen sind brennend, stechend, bohrend, dumpf, drückend, reißend, pulsierend, ziehend etc.
- Wann treten die Beschwerden auf? z.B. im Liegen, nach dem Schlaf, morgens, abends, Uhrzeit?, nach Ärger etc.
- Was bessert oder verschlechtert die Beschwerden? z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Tag, Nacht, Essen, Trinken etc.
- Wonach haben die Beschwerden begonnen?
Gibt es einen deutlichen Zusammenhang mit Lebensereignissen?

SELBSTVERSTÄNDLICH FÄLLT IHRE SCHILDERUNG UNTER DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGPFLICHT!