



# Homöopathischer Fragebogen für Kinder

BITTE GEBEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN IN DER PRAXIS AB ODER  
SENDEN SIE IHN AN: NATURHEILPRAXIS-ROLLE@FREUNET.DE

Liebe Eltern,

sie sind hierhergekommen, damit Ihr Kind gesund wird oder zumindest eine Besserung seiner Beschwerden erfährt. Deshalb möchte ich das am besten passende homöopathische Arzneimittel für Ihr Kind finden.

Um dies zu erreichen, bin ich auf Ihre Mitarbeit angewiesen, denn **das homöopathische Arzneimittel wird hauptsächlich auf Grund der von Ihnen angegebenen Symptome ermittelt.**

Daher sollten Sie ganz frei und möglichst vollständig die Fragen beantworten. Keine der Fragen ist unnötig und dient lediglich zur Findung des Arzneimittels. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und in keiner Datenbank gespeichert.

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Geschwister:

## AKTUELLE BESCHWERDEN

1. Welche Beschwerden bringen Sie zu mir, seit wann bestehen diese?

2. Bitte geben Sie den genauen Ort der Beschwerden an. Breiten sich die Beschwerden aus, wohin?

3. Beschreiben Sie die Empfindungen mit den Worten Ihres Kindes.  
(z.B. es tut weh, als ob einer mit dem Messer sticht oder es kribbelt wie Ameisen)

4. Gibt es eine eindeutige Empfindung der Beschwerden? (stechend, brennend, klopfend, drückend, ...)

5. Wann treten die Beschwerden auf? (bestimmte Zeit, Wetter, immer wenn ...)

6. Haben Sie eine Vermutung wodurch die Beschwerden ausgelöst wurden?  
(Trauma, Schock, Ärger, nasse Füße, Zugluft, Impfung, usw.)

7. Welche Faktoren verbessern oder verschlechtern die Beschwerden?  
(Ruhe, Bewegung, Druck, Wärme, Kälte, Liegen, Stehen, Essen, Schlafen, Fahren etc.)



---

8. Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch geändert? (z.B. Appetit, Psyche, Schlaf)

---

9. Gibt es noch weitere Beschwerden, die neben den oben erwähnten bestehen?  
Beschreiben Sie bitte diese möglichst ausführlich. Gehen Sie dabei den Körper von Kopf bis Fuß durch.

---

10. Was haben Sie bisher gegen die Beschwerden getan?  
(Antibiotika, Cortison, Psychopharmaka, Tee, Komplexmittel, usw.)

---

11. Welche (anderen) Medikamente nimmt Ihr Kind im Moment?

---

## ALLGEMEINES

---

12. Wie ist die Haut des Kindes? (rissig, fettig, schuppig, juckend, Neurodermitis, Warzen, Pilz, usw.)

---

13. Gibt es Probleme mit den Haaren, Nägeln oder Zähnen?

---

14. Wie heilen Verletzungen? Bekommt es leicht blaue Flecken?

---

15. Wie lange blutet es? Hat es mit Zahnfleisch- oder Nasenbluten zu tun?

---

16. Badet oder wäscht sich das Kind gerne?

---

17. Hat das Kind einen bestimmten Körpergeruch (süßlich, säuerlich, usw.)?

---

18. Besteht Neigung zu Durchfall, Blähungen, Verstopfung?

---

19. Neigt es zu Kopfschmerzen? Wann treten sie auf, wodurch werden sie gebessert?

---

20. Gibt es ein Wetter/Klima, bei dem es Ihrem Kind besonders gut/schlecht geht und wie äußert sich das?  
(heiß/kalt, nass/trocken, Zugluft, Wetterwechsel, ...)

---

21. Ist Ihr Kind ein warmer Mensch oder friert es leicht? Wie und wo äußert sich das?

---



---

22. Wie stark, wie schnell, an welchen Stellen und wann schwitzt Ihr Kind? Wie ist der Schweiß?

---

23. Wie ist der Schlaf? Welche Schlaflage hat es? Deckt sich das Kind ab? Streckt es Arme oder Beine unter der Decke hervor? Zuckt es im Schlaf? Schwitzt es im Schlaf, wenn ja wo?

---

24. Knirscht es tagsüber oder im Schlaf mit den Zähnen? Redet, schreit, lacht oder weint es im Schlaf?

---

25. Für welche Speisen und Getränke hat das Kind ein ausgeprägtes Verlangen?

---

26. Gegen welche Speisen und Getränke besteht eine große Abneigung?

---

27. Was und wie viel trinkt Ihr Kind? Trink es lieber (eis-)kalt oder warm?

---

28. Welche Nahrungsmittel verträgt es nicht und wie äußert sich das?

---

29. Wie ist es mit Gewürzen? Gibt es eine Richtung, die es besonders mag oder ablehnt? Mag es Salz sehr?

---

## CHARAKTER

---

30. Beschreiben Sie möglichst genau das Verhalten des Kindes und sein Wesen.

(ruhig, introvertiert, passiv, unruhig, erkundet es immer alles, es kann sich nicht ruhig halten, Sie brauchen viel Geduld, ausgesprochen brav, freundlich, immer gut gelaunt, mürrisch, unzufrieden, liebesbedürftig, extrem anhänglich, schüchtern, aktiv, extrovertiert, usw.)

---

31. Wie würden Sie Temperament und das Selbstvertrauen Ihres Kindes beschreiben?

---

32. Gibt es ein bestimmtes Tempo Ihres Kindes? Alles geht sehr langsam/gemütlich oder sehr schnell/hastig?

---

33. Redet Ihr Kind ununterbrochen und viel oder ist es eher schweigsam?

---

34. Wird Ihr Kind leicht zornig? Wann speziell? Hat es Wutanfälle? Wie sehen diese aus?

---

35. Wie kann man es beruhigen? (leicht oder schwierig, beruhigt es sich schneller wenn Sie zornig sind und schreien, wenn Sie es auf den Arm nehmen oder wenn Sie es alleine und in Ruhe lassen)

---



---

36. Weint es leicht? Lässt es sich trösten? Mag es Trost oder will es lieber allein gelassen werden?

---

37. Ist es leicht beleidigt? Wann?

---

38. Wie reagiert es auf Tadel?

---

39. Ist es frech, boshaft? Schlägt es andere, sich selbst oder ähnliches?

---

40. Ist es leicht eifersüchtig? Auf wen oder was?

---

41. Ordnet Ihr Kind seine Spielsachen etc. oder fühlt es sich im Chaos wohl? Sammelt es viele Dinge?

---

42. Ist es penibel, peinlich genau in Kleinigkeiten? Worin?

---

43. Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind mit einer Sache?  
Wie wird seine Konzentrationsfähigkeit vom Erzieher/Lehrer eingeschätzt?

---

44. Ist es empfindlich (z.B. gegen Geräusche, Gerüche, Schmerz, geistige Eindrücke)?

---

45. Ist Ihr Kind ängstlich? Welche Ängste/Sorgen hat es?

---

46. Worauf reagiert Ihr Kind empfindsam oder traurig? Was geht ihm nahe?

---

47. Gibt es bestimmte Wünsche, die Ihr Kind immer wieder äußert? Was ist ihm wichtig?

---

48. Wie ist das Bewegungsbedürfnis Ihres Kindes? Gibt es bevorzugte Sportarten?

---

49. Wie reagiert Ihr Kind auf Musik? Spielt es ein Instrument, singt es?

---

50. Welche Beziehung hat Ihr Kind zu Tieren?  
Mag es ein bestimmtes Tier besonders gern oder hat es Ängste vor Tieren?

---

51. Nennen Sie Hobbies und Interessen Ihres Kindes? Was macht es gerne und was mag es überhaupt nicht?

---



---

52. Was kann Ihr Kind gut? Was fällt Ihrem Kind schwer?

---

53. Was schätzen Sie an Ihrem Kind? Was würden Sie ändern/wünschen?

---

54. Gab oder gibt es ein spezielles Ereignis, einschneidendes Erlebnis, welches Ihr Kind besonders geprägt hat?  
Wenn ja welches war das und wie war/ist die Reaktion Ihres Kindes darauf?

---

55. Gibt es Angewohnheiten bzw. Verhaltensweisen bei Ihrem Kind, die sie auffällig oder ungewöhnlich finden?

---

## SOZIALVERHALTEN

---

56. Besucht Ihr Kind die Krabbelgruppe, den Kindergarten oder die Schule? Geht es dort gerne hin?  
Gibt es dort Probleme?

---

57. Ist Ihr Kind gerne in Gesellschaft? ist es gerne alleine?

---

58. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber Fremden?

---

59. Wie reagiert Ihr Kind auf Berührungen/Annäherung? Mag es gerne liebkost und gestreichelt werden oder mag es nicht angefasst werden? Ist es sehr liebebedürftig?

---

60. Hat Ihr Kind viele Freunde? Fällt es ihm leicht, Freundschaften zu schließen?

---

61. Wie verhält sich Ihr Kind in Beziehung zu anderen Kindern? Übernimmt es eher die führende Rolle oder ordnet es sich ein? Gibt es Besonderheiten in der Beziehung zu anderen Kindern, Geschwistern?

---

62. Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit Erwachsenen (Lehrer, Großeltern etc.)?  
Wie wird Ihr Kind von Anderen wahrgenommen?

---

63. Wer erzieht das Kind überwiegend? Gibt es dort Probleme? Bitte beschreiben Sie diese genau?

---