



Rita Pasquale Herger
Praxis für Homöopathie und Naturheilkunde
Denkmalstrasse 3 6006 Luzern
041 410 70 06 r.pasquale@bluewin.ch www.ritapasquale.ch

Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Fragebogen

Diesen Fragebogen bitte mindestens eine Woche vor Termin ausgefüllt bei der Praxis abgeben
oder per E-Mail senden. Herzlichen Dank!

Fragebogen für die homöopathische Behandlung Ihres Kindes

| | |
|---------------------------------|---|
| Name: | Geburtsdatum: |
| Vorname: | Geschwisterreihe / Anzahl: |
| Gewicht: | Grösse: |
| Adresse / Tel.-Nr. / E-Mail: | |
| Mutter: Name / Vorname / Alter: | |
| Vater: Name / Vorname / Alter: | |
| Fragebogen ausgefüllt am: | Farbfoto Ihres Kindes (wenn möglich bitte beilegen) oder bei Erstkonsultation bringen |

Dieser Fragebogen, zusammen mit dem Anamnesegespräch, ist die Grundlage für die Behandlung ihres Kindes nach den Regeln der klassischen Homöopathie. Daher bitte ich Sie um sorgfältige Beantwortung. Senden oder bringen Sie bitte den Fragebogen rechtzeitig vor der Erstanamnese in die Praxis.

Bitte unterstreichen Sie die für Ihr Kind zutreffenden Fragen, und / oder schreiben Sie die Antwort auf den dafür freigelassenen Raum. Es interessieren nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern auch alle schon früher aufgetretenen Krankheiten oder Störungen. Der Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht.

| | | |
|-----------|---|--|
| 0. | Familie / Familienanamnese | |
| 0.1 | Bitte Angaben über alle Erkrankungen und Operationen (vor allem aber auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen, auch Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Sucht- und Geisteskrankheiten. Darüber hinaus sind eiternde und/ oder zugewachsene Ohringlöcher, eingewachsene Zehennägel, nächtlicher Speichelfluss, Impffolge, nicht angegangene Impfungen und ähnliches von Interesse. Bitte auch kurze Angaben über Tuberkulinproben und Tub. -Impfungen (BCG). Bitte so genau wie möglich nachforschen. | |
| | Mutter: | |
| | Vater: | |
| | Grosseltern mütterlicherseits: | |
| | Grosseltern väterlicherseits: | |
| | Geschwister, Onkel, Tanten: | |
| 0.2 | Welche weiteren Erkrankungen der Blutsverwandtschaft (Urgrosseltern etc.) sind bekannt? Bitte Verwandtschaftsgrad angeben | |

| | | |
|-----------|--|--|
| 1. | Krankengeschichte ihres Kindes | |
| 1.1 | Kurzfassung | |
| 2. | Schwangerschaft / Geburt | |
| 2.1 | Verlauf der Schwangerschaft / Untersuchungen (Fruchtwasser-U. etc.) / Impfungen / Blutgruppenunverträglichkeit / Bluttransfusion / Visusinfekte / sonstige Erkrankungen, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse? Bitte genaue Angaben. | |
| 2.2 | Vorausgegangene Fehlgeburten / Frühgeburt / Totgeburt? – Wann? / Mögliche Ursache? | |
| 2.3 | Nikotin / Alkohol / Drogen / Medikamente? – Wie viel? Wann? / Frühreifungsspritze? / Wehenhemmende Mittel / Wehenfördernde Mittel – Wenn ja, in welchem Monat? | |
| 2.4 | Schwangerschaftserbrechen? Wie lange? / Wie schwer? | |
| 2.5 | Blutungen während der Schwangerschaft? In welchem Monat? / Behandlung? | |
| 2.6 | Drohende Fehlgeburt? / Drohende Frühgeburt? / Frühgeburt? – In welcher Woche? | |
| 2.7 | Farbe des Fruchtwassers | |
| 2.8 | Narkose / Lachgas / Epiduralanästhesie (Spinalanästhesie) | |
| 2.9 | Lage des Kindes | |
| 2.10 | Entbindung mit Saugglocke / Zange / Kaiserschnitt | |
| 2.11 | Sonstige Beschwerden während dieser Zeit? | |

| | | |
|-----------|---|--|
| 3. | Neugeborenenperiode | |
| 3.1 | Geburtsgewicht / Länge / Kopfumfang | |
| 3.2 | Sofort geschrien? / Atemstörungen? / blau, gekrampft? | |
| 3.3 | Geburtsgeschwulst / Hirnblutung? | |
| 3.4 | Nabelschnurstrangulierung? | |
| 3.5 | Schlüsselbeinbruch? Links / Rechts? | |
| 3.6 | Gelbsucht (wie lange, wie stark?) – Brutkasten / Wärmebettchen? | |
| 3.7 | Nabelbruch? Leistenbruch? – angeboren / erworben? | |
| 3.8 | Nabelentzündung? – Absonderung? | |
| 3.9 | Schiefhals? – Links / Rechts? | |
| 3.10 | War Ihr Neugeborenes apathisch? / Hat es ständig geschrien? | |
| 3.11 | Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt? Wie lange teils? – Gab es Probleme beim Stillen? | |
| 3.12 | Trinken unauffällig / schlechter Trinker / Speikind? | |
| 3.13 | Gab es in den ersten 4 Wochen akute Erkrankungen? | |
| 3.14 | Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen geimpft? – Gab es da auffällige Über- oder Unterreaktionen? | |
| 3.15 | Bluttransfusionen als Säugling? | |
| 3.16 | Haben Sie als stillende Mutter im Wochenbett Medikamente erhalten? – Wenn ja, welche? / weshalb? | |
| 3.17 | Wurden Sie als stillende Mutter geimpft? – Wenn ja, wann? / wogegen? | |
| 3.18 | Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit? | |

| | | |
|-----------|---|--|
| 4. | Geistige / körperliche / Motorische Entwicklung | |
| 4.1 | Liegt eine angeborene / erworbene Behinderung vor?- Bitte genaue Angaben | |
| 4.2 | Wann reagierte Ihr Kind zum ersten Mal auf Ansprache? | |
| 4.3 | Wann sinnvolles Sprechen? | |
| 4.4 | Stottert / Lispelt es? –Seit wann? | |
| 4.5 | Wann Fontanellenschluss? | |
| 4.6 | Wann erste Zähne? / Erschwerte Zahnung? | |
| 4.7 | Wann Aufstützen auf die Hände / Drehen vom Bauch auf den Rücken / Drehen vom Rücken auf den Bauch / Sitzen / Koordiniertes Krabbeln /Stehen / Freies Laufen? | |
| 4.8 | Grössenwachstum normal / verzögert / beschleunigt? | |
| 4.9 | Wann ist Ihr Kind sauber geworden? | |
| 4.10 | Wirkt Ihr Kind altersgemäss? | |
| 5. | Neigung zu bestimmten Erkrankungen | |
| 5.1 | Neigung zu häufigen: Mittelohrentzündungen (eitrig?) / Mandelentzündungen (eitrig?) / Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen / Bronchitiden / Lungenentzündungen / Krupp bzw. Pseudokrupp / Erkältungskrankheiten / sonstigen (fiebrhaften) Infekten / Fieberkrämpfen | |
| 5.2 | Krampfneigung / Epilepsie | |

| | | |
|-----------|---|--|
| 5.3 | Hat Ihr Kind ein Zucken (z.B. Augen, Mundwinkel, usw.) / Eine häufig wiederholende Bewegung? | |
| 5.4 | Hat es schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt? – Nach der Geburt? Nach einem Unfall? / Fieberkrämpfe? / Bei bestimmten Ängsten? / etc. | |
| 5.5 | Treten die Krämpfe nur einseitig auf? –Rechts / Links / Ganzer Körper? | |
| 5.6 | Wann treten / traten sie auf? – Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitzestadium / Froststadium) / helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / bei Anblick von Wasser / bei Anblick von glitzernden Gegenständen /seit Geburt / periodisch / bei Vollmond | |
| 5.7 | Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? – Gibt es Nahrungsmittel-zusammenhänge wie Milch / Erdbeeren /etc. ? | |
| 5.8 | Neigung zu Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Verstopfung | |
| 5.9 | Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? / Wann? / Wonach traten sie das erste Mal auf? / Vermutete Ursache? / Wie behandelt? | |
| 5.10 | Beschreiben Sie den genauen Ablauf. | |
| 6. | Kinderkrankheiten | |
| 6.1 | Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Diphtherie / Keuchhusten / Windpocken / Pfeiffersches Drüsenfieber | |
| 6.2 | Wie wurde behandelt? Welche Medikamente? | |
| 6.3 | Bei exanthemischen Erkrankungen (Krankheiten mit Hautausschlägen, wie z.B. Scharlach): Kam der Hautausschlag richtig heraus? – Bitte genaue Angaben | |

| | | |
|-----------|--|--|
| 6.4 | Gab es Komplikationen? – Wenn ja, bitte beschreiben | |
| 7. | Impfungen | |
| 7.1 | Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen hat Ihr Kind erhalten? Wann? – Tbc (BCG) / Poliomyelitis = Kinderlähmung / DPT = Diphtherie, Keuchhusten, Starrkrampf / MMR = Masern, Mumps, Röteln / HIB / Grippe / Zecken / Tollwut / Tuberkulinproben / Sonstige Impfungen. | |
| 7.2 | Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es Impfreaktionen (z.B. hohes Fieber, Apathie, Lähmungserscheinungen, schrillendes Schreien oder Schreikrämpfe, Krampfen, Wesensveränderungen, Meningitis (Hirnhautentzündung), Gehirnerkrankung, Schlafsucht etc.)? – Beschreiben Sie ausführlich | |
| 8. | Allgemeines | |
| 8.1 | Links- / Rechtshänder? | |
| 8.2 | Ist Ihr Kind zu mager? – Trotz guten Appetits? – An welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine, etc.)? | |
| 8.3 | Ist Ihr Kind zu dick? An welchen Körperregionen besonders? | |
| 8.4 | Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgesprochenes warmes Kind? | |
| 8.5 | Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen? | |
| 8.6 | Ist Ihr Kind geräuschempfindlich? | |
| 8.7 | Ist es empfindlich gegen Gerüche? | |

| | | |
|------|--|--|
| 8.8 | Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, nach Stuhl)? – Wann? / Trotz Waschen oder Baden? / Wo am Körper? | |
| 8.9 | Trägt es enganliegende Kragen oder enge Gürtel? – Verträgt es ein Lätzchen um den Hals? | |
| 8.10 | Verträgt es Wolle auf der Haut? | |
| 8.11 | Lässt sich Ihr Kind gerne baden oder hat es Angst davor? | |
| 8.12 | Gibt es Symptome / Beschwerden, die immer wieder auftreten (stundenweise / tageweise / alle paar Monate / Jahreszeiten)? | |
| 8.13 | Gibt es Krankheitszeichen, die durch bzw. nach der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes entstanden sind? | |
| 8.14 | Bestehen die Beschwerden seit einem Schreck- oder Schockerlebnis? | |
| 8.15 | Gibt es eine auffallende Seitenbetonung? Vorwiegend linksseitige / rechtsseitige Symptome? / von links nach rechts wandernd / von rechts nach links wandernd? / von einer Seite zur anderen (hin und her)? | |
| 8.16 | Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich? – Sehr kitzelig? Wo besonders (z.B. an der Wirbelsäule)? | |
| 8.17 | Möchte es dauernd getragen werden? | |
| 8.18 | Will es nicht angefasst / angesehen werden? | |
| 8.19 | Gab es Unfälle / Knochenbrüche / Gehirnerschütterung / Operationen / Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen? | |
| 8.20 | Nennen Sie alle Medikamente, die Ihr Kind bislang erhalten hat. | |

| | | |
|------------|--|--|
| 9. | Witterungseinflüsse | |
| 9.1 | Welches Wetter liebt Ihr Kind? Welches mag es überhaupt nicht? – Wie reagiert es (z.B. bei Sonne, Regen)? | |
| 9.2 | Ist es anfällig für Zugluft / Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei bzw. vor Gewitter / bei bzw. vor Sturm / Wetterwechsel / Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmenden Mond? | |
| 10. | Zeiten | |
| 10.1 | Welche Jahreszeit liebt Ihr Kind ganz besonders? Wann fühlt es sich deutlich schlechter? | |
| 10.2 | Zu welcher Zeit ist Ihr Kind besonders weinerlich, schläfrig, hungrig, schwierig? | |
| 10.3 | Zu welcher Zeit sind seine Beschwerden / Schmerzen am intensivsten? – morgens / vormittags / mittags / nachmittags / abends / nachts / vor oder nach Mitternacht / eindeutig zu einer ganz bestimmten Uhrzeit? – Wann? | |
| 11. | Schlaf | |
| 11.1 | Wie ist der Schlaf? – unauffällig / sehr leicht / unruhig / verspätetes Einschlafen / zu frühes Erwachen? | |
| 11.2 | Schläft Ihr Kind mit offenem Mund? | |
| 11.3 | Rollt es mit dem Kopf beim Einschlafen? | |
| 11.4 | Schläft es mit nach hinten geneigtem Kopf? | |
| 11.5 | Braucht es Wärme oder warmes Zudecken? | |
| 11.6 | Sind die Füße zu heiss oder werden unter der Decke hervorgestreckt? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 11.7 | Zuckt es im Schlaf zusammen? Fährt es aus dem Schlaf auf? | |
| 11.8 | Schreit es öfter nachts auf? | |
| 11.9 | Wandert es zeitweise nachts umher? / Kommt es zu den Eltern / Geschwistern ins Bett? | |
| 11.10 | Knirscht es mit den Zähnen? | |
| 11.11 | Träumt Ihr Kind oft? – Angstträume? / Träume mit sich wiederholendem Inhalt? Bitte genauere Angaben wenn möglich. | |
| 11.12 | Spricht es im Schlaf? | |
| 11.13 | Muss es gewiegt und getragen werden? | |
| 11.14 | Nässt es ein? – Wann und seit wann? | |
| 11.15 | Schwitzt es? Wann besonders? Wenn ja, an welchen Stellen und wie riecht der Schweiß? | |
| 11.16 | Schlafelage: Bitte beschreiben Sie die häufigste Lage Ihres Kindes. | |
| 11.17 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 12. | Ess- und Trinkgewohnheiten | |
| 12.1 | Wie ist der Appetit Ihres Kindes? | |
| 12.2 | Guter / Schlechter Esser? | |
| 12.3 | Isst schlecht, obwohl gut genährt? | |
| 12.4 | Isst gut, nimmt aber nicht zu / ist u.U. dabei sogar abgemagert? | |
| 12.5 | Heisshungeranfälle – zu bestimmten Zeiten, evtl. auch nachts? | |
| 12.6 | Schwitzt es während des Essens oder Trinkens? | |

| | | |
|------------|---|--|
| | | |
| 12.7 | Sonstige Gewohnheiten bzw. Auffälligkeiten? | |
| 12.8 | Durst – normal / kaum / gross / wann besonders (z.B. nachts)? / Was wird bevorzugt oder abgelehnt? | |
| 12.9 | Verlangen – Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: - kalt / heiss / sauer / süss / salzig / geräuchert / stark gewürzt / scharf / Senf / Speck/ Milch / Fleisch / Fisch / Wurst / Schinken (roh)/ Kartoffeln / Fett und fette Speisen / Butter / Käse / Brot / Eier / Obst (unreifes Obst?) / Orangen / Eiscreme / Eiswürfel / Sonstiges? | |
| 12.10 | Abneigungen oder sogar Ekel – Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: - kalt / heiss / sauer / süss / Milch / Fett und fette Speisen / Butter / Käse / Eier / Fleisch / Schinken (roh) / Kartoffeln / Schweinefleisch / Fisch / Salat / grünes Gemüse / Sonstiges? | |
| 12.11 | Unverträglichkeiten – Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist: - z.B. Fruchtsaft (wird danach wund), Milch / Sonstiges? Welche Reaktionen treten auf? | |
| 12.12 | Was gibt es noch zum Essen und Trinken zu sagen? | |
| 13. | Fieber | |
| 13.1 | Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? – Zu welchen Gelegenheiten? / Wie hoch? | |
| 13.2 | Hat Ihr Kind Durst bei Fieber? Worauf? – auf Kaltes / Warmes / in grossen / kleinen Schlucken? | |
| 13.3 | Schwitzt es bei Fieber? | |
| 13.4 | Haben Sie fiebersenkende Mittel gegeben? Welche? – Auch schon früher einmal? / Wann? | |

| | | |
|------------|--|--|
| 13.5 | Hat Ihr Kind schon einmal einen Fieberkrampf gehabt? Wann? Wie ist dieser verlaufen? Behandlung? | |
| 14. | Kopf | |
| 14.1 | Beschreiben Sie die Kopfform Ihres Kindes. – gross / klein / kantig? | |
| 14.2 | Wie sind die Haare Ihres Kindes? – Farbe / kräftig / fein / fettig / trocken / glanzlos / filzig / kleben zusammen? | |
| 14.3 | Riechen die Haare?- Trotz Waschens? / sauer / muffig? | |
| 14.4 | Hat Ihr Kind Haarausfall? – Wenn ja, bitte beschreiben Sie. | |
| 14.5 | Kopfgneis / Milchschorf / Schuppen / Läuse – eventuell früher? – Wie wurde behandelt? | |
| 14.6 | Schwitzt Ihr Kind am Kopf? – Wo genau und wann? | |
| 15. | Kopfschmerzen | |
| 15.1 | Wo ist der Kopfschmerz lokalisiert? –Stirn / Schläfen / Hinterkopf / welche Seiten? / Ausstrahlung wohin? / wandernder Schmerz? / etc. | |
| 15.2 | Wie ist die Art des Kopfschmerzes (stechend, pochend etc.)? – Bitte genau beschreiben. | |
| 15.3 | Welche Begleitsymptome treten auf? (z.B. Sehstörungen / Schwindel / Übelkeit / Erbrechen / Kollapsneigung / etc.) | |
| 15.4 | Durch was wird der Kopfschmerz gebessert / verschlechtert (z.B. nach der Schule)? | |
| 15.5 | Gibt es erkennbare Zusammenhänge oder auslösende Ursachen? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 16. | Gesicht | |
| 16.1 | Beschreiben Sie die Gesichtsfarbe Ihres Kindes. | |
| 16.2 | Wirkt die Haut sauber / schmutzig? | |
| 16.3 | Scheinen die Blutgefäße durch? / Gibt es Sommersprossen? | |
| 16.4 | Hat Ihr Kind umschriebene rote Flecken auf den Wangen? – ev. nur bei Fieber? | |
| 16.5 | Hat es blaue Ringe um die Augen? | |
| 16.6 | Gibt es Hautausschläge? – Welcher Art? / Behandlung? | |
| 17. | Augen | |
| 17.1 | Farbe der Augen? / der Skleren (das Weiss der Augen) ? | |
| 17.2 | Augenfehlstellung? – Schielen / einwärts / auswärts? | |
| 17.3 | Schwachsichtigkeit? – kurzsichtig / weitsichtig / Hornhautverkrümmung? | |
| 17.4 | Chronische Pupillenerweiterung / chronische Pupillenverkleinerung / ungleiche Pupillen? | |
| 17.5 | Lichtscheu – künstliches Licht / Sonnenlicht / etc. | |
| 17.6 | Ausfallen der Wimpern? | |
| 17.7 | Entzündungen / Hautausschläge im Bereich des Auges? – Ekzeme / Absonderungen (eitrig) / Gerstenkorn – Wo genau? | |
| 17.8 | Besteht vermehrter Tränenfluss? – Wann? | |
| 17.9 | Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 18. | Ohren | |
| 18.1 | Anomalien – Ohrmuschelverformung / angewachsene Ohrläppchen / Schwerhörigkeit? | |
| 18.2 | Gibt / Gab es Absonderungen (Farbe, Geruch?) / häufige Mittelohrentzündungen bzw. –Eiterungen? | |
| 18.3 | Ist das Ohrschmalz vermehrt? Farbe? | |
| 18.4 | Hautausschläge im Gehörgang? – Welcher Art? / Risse hinter den Ohren / an den Ohrläppchen? | |
| 18.5 | Hautausschläge hinter den Ohren? – Bitte beschreiben. | |
| 18.6 | Werden Ohringe getragen? | |
| 18.7 | Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen? | |
| 19. | Nase | |
| 19.1 | Neigung zu Schnupfen / Heuschnupfen / Niesanfällen? – Art und Farbe der Absonderung (dick, dünn, mild, scharf, gelb, grün, Krusten) | |
| 19.2 | Polypen? Wurde bereits operiert? | |
| 19.3 | Besteht häufiges Nasenbluten? – Wann / wie oft / wie stark? | |
| 19.4 | Sonstige Auffälligkeiten und Diagnosen? | |
| 20. | Mund | |
| 20.1 | Farbe / Form der Lippen auffallend? | |
| 20.2 | Risse in den Lippen? | |
| 20.3 | Rissige Mundwinkel? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 20.4 | Bläschenausschlag / Herpes an den Lippen? | |
| 20.5 | Hautausschlag um den Mund? | |
| 20.6 | Mundgeruch? | |
| 20.7 | Farbe / Belag der Zunge und Mundschleimhaut | |
| 20.8 | Speichelfluss – tagsüber (Sabbern) / nachts (Kissen nass) | |
| 20.9 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 21. | Zähne | |
| 21.1 | Zahnung allgemein – erschwert / langsam? – Bitte beschreiben Sie. | |
| 21.2 | Milchzähne: Wann erster Zahn? Wann Zahnwechsel? | |
| 21.3 | Stellung der Zähne – Zahnspange? | |
| 21.4 | Frühzeitige Karies? | |
| 21.5 | Veränderungen der Zähne in Form und Farbe? | |
| 21.6 | Zahnschneiden gezähgelt? | |
| 21.7 | Veränderungen am Zahnfleisch? | |
| 21.8 | Sonstige Auffälligkeiten | |

| | | |
|------------|--|--|
| 22. | Hals / Kehlkopf | |
| 22.1 | Lymphknotenschwellungen? – schmerzhaft / schmerzlos? – Bitte nähere Angaben | |
| 22.2 | Schilddrüsenvergrößerung? – Über- / Unterfunktion bekannt? | |
| 22.3 | Gab oder gibt es Krupp / Pseudokrupp? | |
| 22.4 | Hat Ihr Kind häufiger Mandelentzündungen? – Eitrig? / Einseitig? / Wechselnde Seiten? | |
| 22.5 | Besteht Heiserkeit? – bitte nähere Angaben. | |
| 22.6 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 23. | Atmung / Husten | |
| 23.1 | Ein- / Ausatmung erschwert? – Atemgeräusche? / Schleimrasseln? / Etc. Bitte nähere Angaben. | |
| 23.2 | Husten? – Seit wann? / Wie? / Wann besonders stark? | |
| 23.3 | Gibt es eine Tbc in der (Familien-)Vorgeschichte? | |
| 23.4 | Gab es schon einmal eine Lungenentzündung? – Wann? Wie behandelt? | |
| 23.5 | Leidet Ihr Kind häufiger unter Bronchitis? Spastische Bronchitis? | |
| 23.6 | Beschreiben Sie den Auswurf (Farbe, Konsistenz, Geschmack), falls vorhanden. | |
| 23.7 | Hat Ihr Kind Asthma? – Seit wann? / Wonach ist der erste Anfall aufgetreten? / Ursache? / Haben sich zuvor Hautausschläge durch Salben oder Medikamente (z.B. Kortison) gebessert? | |
| 23.8 | Sind fieberhafte Infekte mit Antibiotika / Penizillin behandelt worden? | |

| | | |
|------------|--|--|
| 23.9 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 24. | Herz / Kreislauf | |
| 24.1 | Hat Ihr Kind einen Herzfehler (angeboren / erworben) ? | |
| 24.2 | Herzschmerzen / Herzklopfen / Herzflattern / etc. | |
| 24.3 | Besteht eine Neigung zu Ohnmachten? – Wann? / Wodurch? | |
| 24.4 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 25. | Verdauung | |
| 25.1 | Hat Ihr Kind einen ausgeprägten Blähbauch? – Unabhängig vom Essen? | |
| 25.2 | Bauchschmerzen? – Wo? Wann? / Wie? / Seit wann? / Was bessert? / Was verschlimmert? | |
| 25.3 | Krämpfe vor dem Stuhlgang? – Wie stark? / Wie lange? / Seit wann? | |
| 25.4 | Erbrechen? – Häufiges Erbrechen? / Auslöser bekannt? / Erbrechen der Muttermilch? / Art des Erbrochenen (Aussehen/Farbe/Geruch/Galle)? | |
| 25.5 | Hat / Hatte Ihr Kind Würmer? – Welche? Seit wann? / Wie behandelt? | |
| 25.6 | Besteht Stuhlträgheit? – Verstopfung / Schweregehender Stuhl (trotz weicher Konsistenz) / Zurückschlüpfen des Stuhls? | |
| 25.7 | Neigt es zu Durchfall? – Wann? / Seit wann? / Wie behandelt? | |
| 25.8 | Wie sind Farbe / Form / Geruch des Stuhls? – Gibt es | |

| | | |
|------------|--|--|
| | Schleimauflagerungen / Beimengungen / unverdaute Speisen? Bitte genaue Angaben. | |
| 25.9 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 26. | Enddarm / Anus | |
| 26.1 | Bestehen Schmerzen und Juckreiz am After? – Wann? | |
| 26.2 | Hat Ihr Kind Hämorrhoiden / Einrisse / Fisteln / Hautausschläge / Windeldermatitis – Seit wann? / Durch scharfen Stuhl? | |
| 26.3 | Sind die Körperöffnungen insgesamt gerötet? | |
| 26.4 | Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten? | |
| 27. | Nieren / Blase | |
| 27.1 | Gibt es anlagebedingte Fehlbildungen? – Niere / Blase / Harnleiter? | |
| 27.2 | Gibt es Nierenerkrankungen / Nierenbeckenentzündungen / Blasenentzündungen / Krankheiten der Harnröhre? – Wann? / Wie behandelt? | |
| 27.3 | Nässt Ihr Kind tags / nachts ein? – Wann? (Im ersten Schlaf / erst gegen Morgen) | |
| 27.4 | Einnässen auch tagsüber, z.B. beim Husten oder der geringsten Gemütsregung? | |
| 27.5 | Wie ist der Urin? – Farbe / Geruch / Menge | |
| 27.6 | Sonstige Störungen oder Auffälligkeiten? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 28. | Genitalien | |
| 28.1 | Genitalentwicklung äusserlich auffällig? (z.B. vorzeitige Schambehaarung) | |
| 28.2 | Buben: Hodenhochstand (seit Geburt / erst später)? / Beide Hoden gleich gross? / Schwellung bzw. Vergrösserung? | |
| 28.3 | Musste eine Phimose behandelt werden? | |
| 28.4 | Mädchen: Gibt es einen Ausfluss? - Farbe / Art / Seit wann? | |
| 28.5 | Wann erste Regel? | |
| 28.6 | Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten? | |
| 29. | Knochenbau / Haltung / Motorik | |
| 29.1 | Wirbelsäulenveränderungen, z.B. Skoliose? | |
| 29.2 | Haltungsanomalien? – Bitte genaue Angaben. | |
| 29.3 | Trichter- / Hühnerbrust? | |
| 29.4 | Knochenauswüchse? / Knochenverbildungen? - Wo? | |
| 29.5 | Schnelles Längenwachstum? | |
| 29.6 | Wachstumsschmerzen? – Wo? / Wann? | |
| 29.7 | Knochenbrüche? | |
| 29.8 | Gelenkerkrankungen? | |
| 29.9 | Hüftgelenksdysplasie / Fussfehlstellungen? – Welcher Art? / Wie wurde behandelt? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 29.10 | Häufiges Verstauchen der Fussgelenke? | |
| 29.11 | Motorische Unsicherheit? – Stolperneigung / Fallneigung / Ungeschicklichkeit er Hände oder Beine? | |
| 29.12 | Wie geschickt ist Ihr Kind z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren, Malen? | |
| 29.13 | Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten? | |
| 30. | Extremitäten / Nägel | |
| 30.1 | Hat Ihr Kind vorwiegend kalte Hände / Füße? | |
| 30.2 | Besteht Handteller- / Fusschweiss? – Übelriechend? | |
| 30.3 | Wie sehen die Nägel aus (Finger, Zehen)? – Bitte beschreiben. | |
| 30.4 | Hat oder hatte Ihr Kind rissige oder eitrige Nagelbetten (Pararitium) / Niednägel? | |
| 30.5 | Eingewachsene Zehennägel? | |
| 30.6 | Hat Ihr Kind nach oben bebogene Nägel (wie ein Löffel)? | |
| 30.7 | Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln / Zehennägeln? – Reisst es die haut um die Nägel ab? | |
| 30.8 | Sonstige Auffälligkeiten? | |
| 31. | Haut | |
| 31.1 | Trocken / schuppig / fettig / rissig / schlaff / runzelig / rau / rot / pickelig / empfindlich? | |
| 31.2 | Muttermale – braune / rote Flecken / behaarte Male / Leberflecke / wo? | |

| | | |
|------------|--|--|
| 31.3 | Warzen – seit wann? / Wo? / Blutend? / Schmerzhaft? – Bitte Form und Art beschreiben. | |
| 31.4 | Wurden Warzen oder Hautmale entfernt? | |
| 31.5 | Jucken ohne Hautausschläge? | |
| 31.6 | Nichtjuckende Hautausschläge? | |
| 31.7 | Mitesser / Akne / Furunkel / Abszesse / Ekzeme – Wo? / Seit wann? / Wodurch besser / verschlechtert? | |
| 31.8 | Wann treten die Hautausschläge auf? – Nur im Winter / Sommer? | |
| 31.9 | Wechseln sich die Hautausschläge mit anderen Beschwerden ab? – mit welchen? | |
| 31.10 | Allergien – Seit wann? / Wann? / Wodurch? / Wie behandelt? | |
| 31.11 | Kratzt sich Ihr Kind blutig? | |
| 31.12 | Gibt es Wucherungen, sog. „wildes Fleisch?“ | |
| 31.13 | Hat Ihr Kind eine vermehrte Körperbehaarung? (z.B. Rückenbehaarung / Flaum entlang der Wirbelsäule?) | |
| 31.14 | Wie reagiert Ihr Kind auf Insektenstiche? – Gibt es deutliche Anzeichen einer Überreaktion? – Bitte beschreiben. | |
| 31.15 | Gibt es sonstige Auffälligkeiten? | |
| 32. | Schweiss | |
| 32.1 | Schwitzt Ihr Kind leicht? – Bei welchen Gelegenheiten? | |
| 32.2 | Schwitzt es stellenweise?- Kopf / Stirn / Hinterkopf / Hals / Hände / Füße / Achseln? | |
| 32.3 | Schwitzt es am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes oder Gesichtes? | |

| | | |
|------------|---|--|
| 32.4 | Wie ist der Geruch des Schweißes? | |
| 32.5 | Gibt es sonstige Auffälligkeiten? | |
| 33. | Wundheilung | |
| 33.1 | Neigt Ihr Kind zu blauen Flecken, schon beim geringsten Stoss? | |
| 33.2 | Wie verläuft die Wundheilung? – normal? / stark verlangsamt / ständig mit Eiterungen / ständiges Wiederaufbrechen der Wunden? | |
| 33.3 | Besteht eine Blutungsneigung? | |
| 33.4 | Gibt es überschüssendes Narbengewebe (Keloidbildung)? | |
| 33.5 | Gibt es sonstige Auffälligkeiten? | |
| 34. | Gemüt | |
| 34.1 | Ist Ihr Kind leicht ermüdbar? | |
| 34.2 | Ist es leicht erregbar, ja sogar übererregbar? – Wie reagiert es? | |
| 34.3 | Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind? / Weint es sehr leicht? | |
| 34.4 | Ist Ihr Kind auffällig schreckhaft? – Beispiele. | |
| 34.5 | Welche Ängste hat Ihr Kind? | |
| 34.6 | Hat es eine ausgeprägte Angst vor Spinnen / Schlangen / Insekten / Hunden / Katzen / Pferden? – Wie reagiert es? | |

| | | |
|-------|--|--|
| 34.7 | Gibt es unerklärliche / eigenartige Ängste? | |
| 34.8 | Fürchtet es sich abends im Dunkeln vor Geistern, Gespenstern und Räubern? – Seit wann? | |
| 34.9 | Gab es ein oder mehrere Schockerlebnisse? | |
| 34.10 | Wie ist sein Selbstwertgefühl? | |
| 34.11 | Ist es ausgesprochen schüchtern? | |
| 34.12 | Neigt Ihr Kind zu depressiven Verstimmungen? | |
| 34.13 | Ist Ihr Kind sehr wechselhaft in den Stimmungen? | |
| 34.14 | Hat Ihr Kind Ausdauer z.B. beim Spielen? | |
| 34.15 | Kann es alleine spielen? | |
| 34.16 | Was war bisher der grösste Kummer Ihres Kindes? | |
| 34.17 | Findet Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern oder spielt es lieber alleine? | |
| 34.18 | Wie verhält es sich bei fremden Menschen und in fremder Umgebung (z.B. Kindergarten)? | |
| 34.19 | Wie ist sein Sozialverhalten? – Zeigt es Mitgefühl? / Ist es gar mitleidend? | |
| 34.20 | Will es Mittelpunkt sein? | |
| 34.21 | Liebt Ihr Kind Musik? – Singt oder tanzt es gerne? | |
| 34.22 | Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch? | |
| 34.23 | Neigt es zu Zorn- oder Wutausbrüchen? – Wirft es sich auf den Boden? / Schlägt es mit dem Kopf gegen die Wand? | |
| 34.24 | Ist es sehr ordentlich, evtl. Sogar pedantisch? | |
| 34.25 | Welche Hobbys hat es? | |

| | | |
|-------|---|--|
| 34.26 | Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit? | |
| 34.27 | Hat Ihr Kind Lernprobleme? – Rechnen / Lesen / Schreiben / etc.? | |
| 34.28 | Wie reagiert Ihr Kind auf Enttäuschung / Kummer? – Lässt es sich sofort trösten oder zieht es sich zunächst zurück, um allein damit fertig zu werden? | |
| 34.29 | Ist Ihr Kind sehr unruhig? Kann es stillsitzen oder ist es ein regelrechter Zappelphilipp? | |
| 34.30 | Ist Ihr Kind ein Neinsager? | |
| 34.31 | Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls auf einem separaten Blatt. | |