

Praxis für Naturheilkunde
und ganzheitliche Psychotherapie
Heilpraktikerin Brigitte Neumeister

74078 Heilbronn Hirschstr. 2/1
Tel. 07131 3961853

e-mail: hp.neumeister@o2online.de



Fragebogen für die Therapie		Kennung	Dt.Erstkonsultation:
-----------------------------	--	---------	----------------------

Grund der Konsultation:	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum:	Uhrzeit
	geb. in	
	Geschwisterreihe/ -Anzahl	

Erziehungsberechtigte	Name	
	Vorname	
verh.	geschieden	Sorgerecht
Aufteilung des Sorgerechtes:		
Anschrift	Strasse	
	Plz/Ort	
	Telefon/Fax	E-Mail/Handy
	Versicherung	Rechnung an:

Ansprechpartner für Notfälle
Anschrift/Tel.:
Hausarzt
Anschrift/Tel.:

Größe:	Gewicht:
Augenfarbe:	Haarfarbe:
Sommersprossen:	Muttermale
Leberflecken:	Feuermale:
Sehhilfe:	Narben
Gehörhilfe	sonst.

Um eine Therapie erfolgreich durchführen zu können, bedarf es einer intensiven Mitarbeit der Eltern. Bitte füllen sie deshalb den Fragebogen oder lassen Sie den Fragebogen, gewissenhaft und ehrlich, ausfüllen. Machen Sie keine unsicheren Angaben und verschweigen Sie nichts Wichtiges. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Fragebogen Blatt 2	Klient
--------------------	--------

Begleiter des Kindes

Schildern Sie kurz den Tagesablauf Ihres Kindes:

Welche Beschwerden stören Ihr Kind am meisten?

Wie lange leidet es daran?

Sind mit den obigen Hauptbeschwerden andere Beschwerden aufgetreten:

Traten mit Beginn der Hauptbeschwerden Veränderungen im Appetit, Durst, Gemüt, Schlaf oder andere Veränderungen auf:

Was könnte der Auslöser/Ursache für die Beschwerden sein?

Hat Ihr Kind noch andere Beschwerden ?

seit wann?

Wem aus der Familie sieht Ihr Kind am ähnlichsten:

Wodurch zeichnet sich diese Ähnlichkeit aus:

Fragebogen Blatt 3

| Klient |

Verlauf der Schwangerschaft:

Haben Sie geraucht aktiv

wie viele

pasiv

Haben Sie Alkohol getrunken:

Infekte / wodurch behandelt

allg. Erkrankungen

Ängste

Aufregungen

Unfälle

Impfungen

Unverträglichkeiten

Untersuchungen : Ultra-Schall wann wie oft

Fruchtwasser
andere:

Schwangerschaftserbrechen?

Wie lange

Wie schwer

Blutungen während der Schwangerschaft

Wann

Behandlung

Drohende Fehlgeburt in welcher Woche

sonst.

Medikamente:

Hatten Sie Fehlgeburten:

Wann:

mögl. Ursache:

Hatten Sie Frühgeburten

Hatten Sie Totgeburten

Fragebogen Blatt 4

| Klient

Geburt

Lage des Kindes

Entbindung termingerecht

Angaben rund um die Wehen /Medikamente

Dauer bis zur Geburt

Art der Entbindung

Saugglocke
Kaiserschnitt

Zange

Wo

sonst. Beschwerden während der Geburt

Geburtsgewicht:

- länge
Kopfumfang

Hat Ihr Kind sofort geschrien
Atemstörungen
war es blau
hat es gekrampft

Hatte Ihr Kind Gelbsucht wie lange wie stark
Brutkasten
Wärmebettchen

Nabelschnurstrangulierung
Schlüsselbeinbruch
Nabelbruch Leistenbruch
Schiefhals links rechts
Geburtsgeschwulst Hirnblutung
War Ihre Kind apathisch ständig geschrien
sonst

Fragebogen Blatt 5

Klient

Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt: teils
wann abgestellt:
Gab es Probleme:
Trinken auffällig
Speikind
gab es in den ersten vier Wochen akute Erkrankungen

Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen geimpft.
welche

Bekam Ihr Kind in den ersten Lebenswochen Medikamente:

Bluttransfusionen

Bekamen Sie während des Stillens Medikamente:

Wurden Sie geimpft in dieser Stillzeit

Hatten Sie Zahnbehandlungen in dieser Zeit:

sonst Auffälligkeiten während dieser Zeit

z.B. Schocks
Unfälle

...

Fragebogen Blatt 6

Klient

Wann kamen die ersten Zähne

Wie war die Zahnung

Begleiterscheinungen

beschreiben Sie

Besonderheiten der Zahnstellung

Frühzeitiger Karies wann

Zahnblomben wann

wo

aus was

Zahnwechsel wann

Rituale

Stellung der Zähne

Zahnspange

seit wann

wie lange

Zahnbeschaffenheit

Form

Farbe

Zahnfleischbeschaffenheit

sonst Auffälligkeiten im Bereich der Zähne:

Liegt eine angeborene / erworbene Behinderung vor:

Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes :

Größenwachstum
Gewichtszunahme

Sprache	1. Wort stottern lispeln sonst.	Wann
---------	--	------

Drehen vom Bauch auf den Rücken und umgekehrt
selbständiges Aufsitzen wann
Robben
Krabbeln
Stehen
1. Schritt
selbstständiges Laufen

War Ihr Kind im Laufstall

Wirkt Ihr Kind altersgemäß:

Sauberkeitserziehung	Urin tagsüber Urin nachts Stuhl
----------------------	---------------------------------------

Methode

Ernährung	selbstzubereitete Breis Gläschen	Marke
-----------	-------------------------------------	-------

Vorlieben

Abneigung

Unverträglichkeit wie äußert sich diese:

Ist Ihr Kind

Rechtshändler
umgepolt

Linkshändler

Neigungen zu bestimmten Krankheiten und Ihren genauen Verlauf

Krampfneigung

Epilepsie

Wann (Aufregung, Schreck, Zorn, Zahnung, Fieber, helles Licht, Gewitter
seit der Geburt / periodisch, bei Vollmond

einseitig
ganzer Körper

links

rechts

Neigung zu Hautveränderungen

wo

wie

wann

wodurch

wo

Allergien
wie

wann

wodurch

Neigung zu Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Verstopfung

zu welcher Zeit sind die Beschwerden

morgens

mittags

abends

genaue Uhrzeit

treten Sie periodisch auf

was bessert (Wärme, Bewegung, Zuwendung..)

was verschlechtert (Kälte, Ruhe, Schlaf...)

Fragebogen Blatt 9

Klient

Spezielle Angaben

Beschwerden
Krankheiten/

gestellte Diagnosen
wann

von wem

Medikamente

Operationen

Datum

Allg. Krankenhausaufenthalt

Impfungen /Datum

Fragebogen Blatt 10	Klient	
Hobbies		

Gewohnheiten		Rauchen: Alkohol		Bier Wein Sekt Mixgetränke Hochprozentig Vorlieben		Abneigung	
		Ja	Anzahl /pT	Ja	Anzahl der Gläser/pT	nur bei Anlässen	nein
		Ja	Anzahl der Gläser/pT			nur bei Anlässen	nein
		+++		++	+	=	-
Fleisch							--
Fisch							
Speiseeis							
Schokolade							
Gummibären							
Bonbons							
Backwaren							
Obst							
Gemüse							
Salat							
Kaffee							
Tee							
Milch							
Salziges							
saures							
Eier							
allg. Nahrungsmittel							
sonst.							
Spiele							
PC							
Telefon							
Fernseher							
Arbeit							
sonst.							

Fragebogen Blatt 11	Klient	
---------------------	--------	--

Gewohnheiten	
Ängste/Phobien welche:	
Rituale/ besondere Abläufe im tägl. Leben	

Zwänge: z.B. ständiges Händewaschen oder anderes

Träume:

Schlafgewohnheiten

Wann geht Ihr Kind zu Bett
Rituale

schläft es

wie ist der Schlaf
schläft es durch

kommt es zu Ihnen ins Bett

wandert es zeitweis umher

Lage

zuckt es im Schlaf

schreit es nachts auf

wie oft

schläft Ihr Kind mit offenem Mund

knirscht es mit den Zähnen

schnarcht Ihr Kind

wie deckt sich Ihr Kind zu

spricht Ihr Kind im Schlaf

Gemütszustand

Wie ist sein Selbstwertgefühl

Wie sein Sozialverhalten

Will es im Mittelpunkt stehen

Ist Ihr Kind schüchtern

Findet Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern/ Spielen

Hat Ihr Kind Ausdauer beim Spielen

Ist Ihr Kind leicht ermüdbar

Kann es sich allein beschäftigen

Wie verhält es sich in fremder Umgebung

neigt Ihr Kind zu depressiven Verstimmungen
zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind

Was war bisher der größte Kummer

Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch

Neigt es zu Zornausbrüche

Ist es sehr ordentlich

Ist ihr Kind unruhig Zappelphillipp

Wie reagiert es auf Enttäuschungen

Hat Ihr Kind Lernprobleme

Rechnen

Lesen

Schreiben

Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit

Hat Ihr Kind Angst vor Dunkelheit

Ist ihr Kind lichtscheu

Welches Wetter liebt Ihr Kind

Welche Jahreszeit

Welche Menschen
bewundert Ihr Kind

Mit welchen Menschen
hat es Probleme

Welches Gefühl belastet Ihr Kind?

Ist Ihr Kind auffallend schreckhaft Beispiele:

Ist Ihr Kind ein ja-Sager

nein-Sager

Wünsche Ihres Kindes

Haustiere

verstorbene Haustiere wann
 Reaktion Ihres Kindes

verstorbene Familienangehörige wann
 Reaktion Ihres Kindes

verstorbene Freunde wann
Reaktion Ihres Kindes

sonstiges

genauere Beschreibung der Beschwerden/ Krankheiten:

zu !.

Wo treten die Beschwerden auf:

Wie ist der Schmerz:

Wann tritt der Schmerz auf:

Was löst den Schmerz aus:

Wie lange besteht der Schmerz:

Was bessert den Schmerz

Welche Symptome begleiten den Schmerz:

zu weiteren Beschwerden: nach obigem Schema bitte beantw.

Allgemeines

Welche Farbe ist die Lieblingsfarbe Ihres Kindes:
 Hat Ihr Kind ein Lieblingsmärchen/Geschichte?
 Wenn ja welches.
 Hat Ihr Kind einen Lieblingsfilm:
 Wenn ja welcher:.

Appetit: vermehrt
zu bestimmten Zeiten
Hießhunger worauf
Abneigung gegen:
Durst: tägliche Trinkmenge:
Was trinkt Ihr Kind:

Wann :
was im Winter:
im Sommer
in der Übergangszeit:

Wie ist der Gehörsinn aufgeprägt:

Hat Ihr Kind Sehstörungen/ Auffälligkeiten:

Wie ist der Geruchsinn ausgeprägt:

Hat Ihr Kind gegen gewisse Gerüche eine Abneigung:

Liebt es gewisse Gerüche:

Wie ist der Geschmacksinn:

Leidet es unter Sodbrennen:

Muss es öfters aufstoßen wenn ja, wonach

Hat es öfters Blähungen , wenn ja wo nach:

Stuhl: Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang.

Konsistenz des Stuhls

Welche Farbe hat er:

Geruch des Stuhls

Körperhaltung beim Stuhlgang

Fragebogen Blatt 16

Klient:

Urin: Aussehen:

Menge:

Harndrang:

Entleerung:

begleitende Beschwerden:

vor:

während:

zum Ende:

danach:

Nässt Ihr Kind tags / nachts ein

Wann

Bei welchen Gelegenheiten (Aufregung, Spiel, Müdigkeit..)

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich der Harnorgane

Genitale

Ist die Genitalentwicklung äußerlich auffällig

Hodenhochstand seit wann

Musste eine Phimose behandelt werden wann

Ist Ihr Kind verklemmt freizügig

Umgang mit der Nacktheit

Gibt es einen Ausfluss:
Farbe Wann

Wann erste Regel
Rhythmus
Qualität
Begleitet von Symptomen:

Dauer

Fragebogen Blatt 17

Klient:

Schwitzt Ihr Kind leicht |
wann wo
bei welchen Gelegenheiten
Geruch des Schweißes

Neigt Ihr Kind zu Blutungen wann wo
bei welchen Gelegenheiten

Neigt Ihr Kind zu Warzen wann wo
welche Art
wuden diese entfernt wie wann

Neigt Ihr Kind zu Unfällen wann wo
bei welchen Gelegenheiten
welche Verletzungen
Maßnahmen

Wie ist die Geschicklichkeit Ihres Kindes ausgeprägt
Laufen Schwimmen
Tauchen Fahrradfahren

Gleichgewicht halten
Malen
Ausschneiden

Klettern
Handarbeiten
Handwerken

Wie sehen die Nägel aus:

Kaut Ihr Kind Fingernägel

Sonstiges in der Familienanamnese

- Ausschluss aus der Familie
- Verlust der materiellen Existenz
- in Kriegsgefangenschaft
- Adoption
- Auswanderung/ Einwanderung
- Welche Person(en) wurde(e) aus Ihrer Sicht, aus Ihrer Sippe ausgeschlossen?
- Selbstmordversuch/ Selbstmord
- Ist jemand um sein Erbe betrogen worden?
- War jemand als Soldat im Krieg?
- Flucht oder Vertreibung
- Eltern aus 2 Nationalitäten

Fragebogen Blatt 18

Klient:

Gibt es in Ihrer Familie

- Zwillingenkinder
- Trichterbrust
- Fehlende Organe
- Fehlgeburten
- Wirbelsäulenerkrankungen
- doppelt angelegte Organe
- Todgeburten
- Klumpfuß

Erkrankungen des Vaters

Erkrankungen der Mutter

Fragebogen Blatt 19

Klient:

Erkrankungen der Geschwister:

Erkrankungen der Großeltern

Hiermit stimme ich der Therapie meines Sohnes / meiner Tochter zu

ORT,

Datum:

Unterschrift:
