Clínica de homeopatía, terapia del dolor y nutrición

Landsbergerstr. 44, 45219 Essen, Alemania

Tel: 0049 2054 15879

Móvil 0049151 54724679

mail@praxisbraig.de

www.praxisbraig.com

CUESTIONARIO PARA NIÑOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

CALLE:

CÓDIGO POSTAL / CALLE:

PAÍS:

NÚMERO MÓVIL DE PADRES:

1. ¿Cuál es la principal queja de su hijo? (Si está disponible, por favor proporcione) un diagnóstico conocido, adjunte copias de todos los informes de las pruebas y los nombres de los medicamentos que toma actualmente su hijo.

2. ¿Cuándo empezó la dolencia? ¿Su hijo ha tenido esta queja desde un evento / enfermedad / accidente / crisis emocional / medicación en particular?

3. Por favor, narre el historial médico de su hijo en detalle. (Enumere todos los problemas de salud importantes, medicamentos a largo plazo y cirugías hasta la fecha)

4. Cuéntenos sobre el historial médico familiar del niño. (Enfermedades sufridas por la madre, el padre, el lado de la familia de las madres / padres, hermanos.

5. ¿Hay otros problemas de salud que padece su hijo? (infecciones recurrentes, tos, otitis, trastornos digestivos ...)

6. ¿Qué miedo tiene su hijo? (Por ejemplo: muerte, cualquier animal, insectos, altura, agua, oscuridad, fantasmas, volar, túneles, espacios cerrados, lugares concurridos, estar solo, enfermedades, accidentes, agujas, lastimarse, caerse, mirar sangre, examen, ruidos ruido, pobreza, confrontación, tormenta, extraños, etc.)

7. ¿Tiene su hijo algún problema con sus funciones mentales? (Memoria, concentración, comprensión, etc.), describa en detalle.

8. ¿Qué tan bien duerme su hijo? (Facilidad para conciliar el sueño, vigilia, calidad del sueño, duración requerida, sensación / estado de ánimo al despertar, efecto de no dormir lo suficiente.

9. Durante el sueño, su hijo:

¿Rechinar los dientes? ()

Hablar ( )

Reír ( )

Muévete mucho ()

Contraerse, sacudirse o moverse de repente ()

¿Transpirar? ¿Si sí donde? ()

10. ¿En qué posición duerme su hijo?

11. ¿Hay un tema constante en los sueños de su hijo?

12. ¿Qué tan sensible es su hijo al calor? ¿Demasiado frío? ¿Al clima húmedo / clima frío? (En comparación con los demás, ¿se siente su hijo más caliente? ¿Más frío? ¿Cuánto aire acondicionado necesita su hijo? ¿Cuánto necesita cubrirse?

13. ¿Cuáles son las comidas favoritas? (Que le gusten o anhelen mucho) ¿Bebidas?

14. ¿Qué alimentos le desagradan mucho a su hijo? ¿Qué bebidas?

15. ¿Hay alimentos que no le sientan bien a su hijo? ¿Ser alérgico a? Intolerante a? ¿O causa indigestión / diarrea / dolor / estreñimiento?

16. ¿Cómo es la digestión en general? (¿Su hijo sufre de indigestión, acidez, hinchazón, diarrea, estreñimiento, calambres, cólicos, etc.?) ¿Qué lo causa y qué lo alivia?

17. ¿Tiene su hijo alguna queja con las uñas? ¿Pelo? Piel

18. ¿Reaccionó su hijo a la vacunación? ¿Cuando y cómo?

19. ¿Cuándo fue el último agudo con fiebre superior a 38,5 grados Celsius? ¿Cuánto duró?

20. ¿Tuvo su hijo algún accidente?

21. ¿Cuál es el resultado deseado por el tratamiento?