Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel:

**Wichtige Anmerkung: Bitte geben Sie die Antworten so genau wie möglich und so detailliert wie möglich. Die Wirksamkeit der Behandlung hängt von der Genauigkeit der Informationen ab. Bitte senden Sie mir den Fragebogen mit Computer ausgefüllt (nicht handschriftlich) per Email vor Ihrem Termin zurück. Einfach den Fragebogen in ein Schreibprogramm kopieren und von da an die** [**mail@praxisbraig.de**](mailto:mail@praxisbraig.de) **senden.**

1. Was ist die Hauptbeschwerde ?

Bekannte Diagnose:

(Bitte fügen Sie Kopien der Untersuchungsergebnisse zum Fragebogen hinzu.)

Akutelle Medikamente

2. Wann haben die Beschwerden begonnen ? Gab es eine bestimmte Situation, nachdem es angefangen hat (Unfall, Krankheit, emotionale Krise, Medikamente, Operation) ?

3. Bitte geben Sie einen detaillierten Bericht über die medizinische Entwicklung

4. Bitte berichten Sie über die medizinischen Aspekte der Familiengeschichte: (Krankheiten der Mutter, Vaters, Großeltern, Geschwister)

5. Bitte berichten Sie über die persönliche Entwicklung (Schwangerschaft, Geburt, Entwicklungsschritte, wichtige Momente im Leben)

6. Welche anderen Probleme treten bei Ihrem Kind noch auf ? (Wiederkehrende Infekte, Husten, Ohrentzündungen, Verdauungsprobleme usw.)

7. Vor was hat Ihr Kind Angst (z.B. Tiere, Insekten, alleine zu sein, Höhen, Wasser, Gespenster usw. )

8. Gibt es mit den geistigen Fähigkeiten Schwierigkeiten ? (Gedächstnis, Konzentration, Verständnis usw. Bitte beschreiben Sie es detailliert)

9. Wie gut ist der Schlaf Ihres Kindes ? (schläft es leicht ein, erwacht es, wie ist die Qualität des Schlafes, die Dauer und was ist wenn es nicht genügend Schlaf bekommt)

10. Was macht Ihr Kind im Schlaf ? a. Sprechen ( ) b.gehen oder sich viel bewegen ( )

c.Zähneknirschen ( ) d.Plötzlich zucken/bewegen ( ) e.Lachen ( )

f.Speicheln ( ) g.Schwitzen ( )

Bitte führen Sie es genauer aus:

11. In welcher Position schläft Ihr Kind ?

12. Welche Art von Träumen in der Nacht hat Ihr Kind ?

13. Wie schnell ist es Ihrem zu warm oder zu kalt, ist Ihr Kind eher fröstelig oder warmblütig? Wie schnell und wo schwitzt Ihr Kind ?

14. Welche Speisen und Getränke mag Ihr Kind sehr gerne ? Welche mag es gar nicht ?

Starkes Verlangen:

Starke Abneigung:

15. Welche Nahrungsmittel werden nicht vertragen ? Welche lösen Allergien aus ? Gibt es Auslöser für Verdauungsstörungen oder Durchfälle ?

16. Wie ist die Verdauung ? (Leidet Ihr Kind unter Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Krämpfe, Koliken usw. ?) Was löst diese aus ?

17. Hat Ihr Kind Probleme mit den Nägeln, den Haaren oder der Haut ?

18. . Hat Ihr Kind in seinem Leben jemals negativ auf Impfungen reagiert ? Wann und wie ?

18. Hat Ihr Kind in den letzten Jahren akut Fieber über 38.5 Grad bekommen ? Wann ? Wie lange hat es angehalten ?

19. Hat Ihr Kind in den letzten Jahren Unfälle gehabt ? Wann, welche, Folgen ...

20. Welche homöopathischen Mittel hat Ihr Kind für die Hauptbeschwerde oder die Nebenbeschwerden bisher bekommen?

21.Was erwarten Sie von der Behandlung ?