

# Josef J. Diers

Jette Limberg-Diers  
Ärztin



Homöopathie  
Naturheilverfahren  
Kinderarzt

[www.homoeopathie-kinderarzt.de](http://www.homoeopathie-kinderarzt.de)  
[www.homoeopathie-limberg.de](http://www.homoeopathie-limberg.de)

Josef J. Diers \* Bismarckallee 21 \* 21521 Aumühle

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Konstitutionstermin am:**

**Telefon:**

## Modifiziertes Frageschema nach Kent / Vithoukka

**Nehmen Sie sich bitte in Ihrem eigenen Interesse ausreichend Zeit für diesen Fragebogen. Desto mehr Zeit haben wir, im Anamnesegespräch auf das Wesentliche vertieft einzugehen. Antworten Sie bitte kurz, prägnant und vor allem spontan.**

**Bitte im gesamten Fragebogen immer die Stärke angeben!**

**(0)**= nicht vorhanden oder für Sie untypisch, **(1)** = Symptom vorhanden und typisch, **(2)** = häufige oder starke Ausprägung, **(3)** = häufig und stark, **(4)** = sehr häufig und sehr stark.

Wenn Symptome relativ neu aufgetreten sind, schreiben Sie dies bitte auffällig neben den Grad der Ausprägung: **z.B. „Heuschnupfen (3) NEU !! seit 1 Jahr“**.

Bitte nur **Stichworte** – wir gehen dann im Anamnesegespräch näher auf die wichtigen Punkte ein. Wenn Sie eine Frage nicht schriftlich beantworten möchten/können, dann streichen Sie diese bitte **auffällig durch**. Halten Sie ein Thema oder Symptom für besonders wichtig ist, markieren Sie es bitte deutlich mit großem „ ! “.

Beziehen Sie sich bei den einzelnen Fragen gerne auf die **Zeitleiste**, die ein wichtiges Standbein für die Beurteilung der evtl. vorhandene verschiedenen Schichten darstellt.

Sollte der Platz nicht reichen, nutzen Sie bitte jeweils die Rückseite des Blattes

**Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Bogen einige Tage v o r dem Konstitutionsgespräch zu !**

## **Aktuelle Beschwerden**

- ❖ Welche Beschwerden und Symptome stehen im Vordergrund und was wurde bisher dagegen schon unternommen, gerne auch –aber nicht unbedingt erforderlich- die bisherigen Behandlungen durch mich?  
**Aktuelle** schulmed. Diagnosen, Vorbefunde, Medikamente mit Dosisangabe, welcher Therapeut? (bitte gffls. gesondertes Blatt oder Rückseite benutzen)
  
- ❖ **Welche Leiden bestanden ev. vor /anstatt der jetzigen?** (Hautausschläge, Fußschweiß, Warzen etc.) Wie sind sie behandelt worden, warum verschwunden? (Salbe, Operation etc.).
  
- ❖ **Wie hat sich der derzeitige KH-Zustand entwickelt?**  
(Wann zum ersten mal aufgetreten? Genaue **Reihenfolge** des Auftretens der Symptome, Zeitleiste! )
  
- ❖ **WICHTIG!! - Gibt es ev. eine auslösende Ursache?**  
Fallen irgendwelche bedeutsamen Ereignisse im Leben Ihres Kindes (psychische o. körperliche Traumata wie Trauererlebnis, Schock, Schreck, Unfall, Gewalterlebnis) ungefähr mit dem Auftreten der Symptome zusammen bzw. gingen diese Ereignisse den Symptomen einige Monate voraus? Sind dann Beschwerden neu aufgetreten oder haben sich alte Beschwerden dadurch verändert? Was unterhält den Prozess Ihrer Meinung nach? Denken Sie bitte auch über lange zurückliegende Ereignisse nach.  
**Bitte nur kurze Stichworte!**
  
- ❖ **Hauptsymptome** der letzten 6 Monate?

- ❖ **Zeitpunkt, Dauer, Periodizität, Intensität, genaue Lokalisation, Schmerzqualität, Ausstrahlung?** Welche **Empfindung** ruft das Sympt. hervor?, **Begleitsymptome?**, Auswirkungen a.d. **Gemütsverfassung** u. **Vegetativum?** –hier auch Beobachtung der Familie und von ausserhalb einbeziehen.-  
(Beispiel – der Anschaulichkeit wegen übertrieben u. Phantasie: alle 2 Wochen morgens beim Erwachen stechende Schmerzen im Knie, die in den Oberschenkel ziehen, Schmerz wie Nadelstich, dabei Schwindelgefühl und Traurigkeit, alles besser nach Bewegung)
  
- ❖ Welche **Beschwerden** körperlich und geistig – gibt es, **die immer mal wieder** auftreten? Bitte nennen Sie diese auch, wenn sie z.Zt. nicht vorhanden sind.  
Wann traten /treten sie auf? **Periodizität?** Beispiel: ca. 2 x im Jahr Herpes an der Lippe, Putzwut oder Zwangshandlungen immer vor der Menses.

### **Modalitäten der aktuellen Beschwerden**

- ❖ **Was lindert:** (Einfluss von Wetter, Druck, Lage, Ruhe, Stress, Wärme, Kälte etc.)
  
- ❖ **Was verschlimmert:** (Einfluss von Wetter, Druck, Lage, Ruhe, Stress, Wärme, Kälte etc.)

### **Frühere Anamnese, Medikamente**

auch hier ggfls. auf die Zeitleiste zurückgreifen

- ❖ **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind, Belastungen physisch, psychisch, sozial, Medikamente?
  
- ❖ **Geburt und ersten Lebenstage**, Atemnot, Intensivstation, Trinkschwäche?

- ❖ **Entwicklung in den ersten Lebensmonaten/ Jahren**, Krabbeln Laufen, Sprechen-zeitgerecht oder zu spät, Krankengymnastik?
  
- ❖ Wurden zu einem **früheren** Zeitpunkt **regelmäßig Medikamente** eingenommen bzw. verwendet (wie Cortison, Cortisonsalbe, Hormone, häufig Antibiotika). Wenn ja – weshalb und wann, wieviel?
  
- ❖ Schwere **Erkrankungen** (Geschlechtskrankheiten, Tripper, TBC, Rheuma, Krampfanfälle), Operationen, Polypen, Blinddarm, Gallenblase, Warzen, Zysten etc., Bluthochdruck, Schilddrüsenfehlfunktion, Diabetes, KH-Aufenthalte, Allergien etc. wann und wie behandelt?)  
**Bitte gfls. gesondertes Blatt verwenden.**
  
- ❖ Besteht eine **Unverträglichkeit** oder Allergie gegen best. Medikamente?
  
- ❖ **Unfälle**  
auch solche bei denen ‚nichts‘ passiert ist (schwere Stürze, Schleudertraumata etc.). Wann, was genau? **Wichtig besonders, wenn Sie unter Kopfschmerzen oder Schwindel leiden.**
  
- ❖ **Homöopathisch** vorbehandelt? Wenn ja, wissen Sie womit? Konstitutions- oder Akutbehandlung? Wie hat das Mittel gewirkt, wie lange wurde es eingenommen und welche Potenz – nur notwendig, wenn nicht durch mich behandelt?
  
- ❖ **Ernährung** (Gutbürgerlich, Fastfood, viel Fleisch, Vegetarier etc.)
  
- ❖ Exposition von **Schadstoffen**, ( zu Hause, Schule oä.)

- ❖ **Auslandsaufenthalte** (wg. Verdacht einer ev. mitgebrachten Erkrankung).

### **Familienanamnese**

- ❖ **Leben Groß-/Eltern/Geschwister noch?** Wenn nein: Todesursachen?  
**Gibt es typ. Familienkrankheiten** (Erb-KH, Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, Bluthochdruck, TBC, Rheuma, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Nerven- oder Geisteskrankheiten, Suizide o. Selbstmordversuche, Depressionen)

### **Soziale Anamnese**

- ❖ Zahl der Geschwister wie alt ? Alleinerziehend? –seit wann
- ❖ Welchen Kindergarten/welche Schule welche Klasse?, mit welchen Leistungen  
 Damit **zufrieden Eltern und Kind?**

### ❖ **Allgemeine homöopathische Anamnese**

- ❖ **Tages- oder Nachtzeit** oder **Stunde**, zu der es allgemein **am schlechtesten und am besten geht oder Zeiten, zu denen bestimmte Dinge typisch sind:** (Beispiele: Morgenmuffel / Nachtmensch; nachts um 3 Uhr Erwachen mit Schlaflosigkeit, Heißhunger morgens um 11 Uhr, todmüde nach dem Essen oder um 16:00 usw.)
- ❖ Gibt es ähnliche Abhängigkeiten von **Jahreszeiten?**
- ❖ Winters oft **erkältet?** Und in den anderen Jahreszeiten?

- ❖ **Reaktion auf Wetter?** (Kalt, heiß, trocken, feucht, windig, stürmisch, Wetterwechsel, Schnee)
  
- ❖ **Gewitter**(z.B. Angst, Begeisterung, egal )? Verspüren Sie etwas vor, oder nach **Sturmwetter**?
  
- ❖ Reaktionen auf Nordwind? Südwind? Oder **Wind** ganz allgemein?
  
- ❖ Besondere Reaktion auf **Zugluft**?
  
- ❖ **Sonnenbestrahlung? (sonnen)lichtempfindlich?** (z.B. Immer Sonnenhut und Sonnenbrille, nur im Schatten etc.;Reaktionen: mit der Haut, den Augen etc. und was passiert – z.B. Blasen, gerötete, tränende Augen etc.). **War das immer so?**
  
- ❖ **Extremtemperaturen ?** (sehr heiß, sehr kalt)
  
- ❖ heißes Bad? Kaltes Bad? **Meerbad? Sauna?**
  
- ❖ **Eher frostig frierend** oder im Gegenteil, **immer warm?** Z.B im Bett **Socken** , viele Decken, oder nur eine dünne Decke und z.B. immer die **Füße aus dem Bett?**
  
- ❖ **Wärme ganz allgemein, gutverträglich?** Bettwäsche, Zimmerwärme?
  
- ❖ einen ganzen Tag **ohne frische Luft**, ist das ohne Probleme?
  
- ❖ gibt es eine **Körperstellung** , die besonders unangenehm ist, eine auffallend angenehm oder die Beschwerden verbessernde? (z.B. Sitzen? Stehen? Liegen? Und warum?)
  
- ❖ Wird **längeres Stehen** gut vertragen ? (z.B. Warten auf einen Zug? Am Telefon? Kleideranprobe?

- ❖ **Warten** allgemein? (Stau, Schlange, lange Autofahrten etc.)
  
- ❖ **Ist Ihr Kind ein geduldiger oder eher ungeduldiger Typ?** Hat sich da etwas geändert?
  
- ❖ Wie geht Ihr Kind mit **Verboten** um- Kindergarten/ Schule Hält er sich an diese, achtet er bei anderen auf deren Einhaltung oder interessiert es nicht?
  
- ❖ Welchen **Impfungen** wurden durchgeführt- siehe Zeitleiste? Gab es danach (auch wenn nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang) Änderungen des Gesundheitszustandes?
  
- ❖ Fühlen Ihr Kind sich am **Meer oder im Gebirge** besonders wohl oder schlecht?
  
- ❖ Leidet es unter **Reisekrankheit?** Flugzeug, Schiff, Auto? (Kopfschmerzen? Übelkeit? Spucken?)
  
- ❖ Verträgt Ihr Kind geschlossene **Kragen, Schlips, Rollkragen? Gürtel? Eng anliegende Kleider?**
  
- ❖ Heilen **Verletzungen** gut? Bluten ihr Kind ev. lange nach? Kommt es zur Bildung von wildem Fleisch (Keloiden)?
  
- ❖ Sind Ihre **Nägel** fest, brechen sie schnell oder sind sie weich? Bestehen weiße Flecken?  
Wachsen sie schnell ein?
  
- ❖ Sind schon häufiger Brüche aufgetreten oder treten leicht **Bänderzerrung auf?**
  
- ❖ Blutet Ihr Kind leicht, hat es **schnell blaue Flecken, oft Nasenbluten??**
  
- ❖ Machen Sie mir auch etwas genauere Angaben über das **Tagesprogramm**, Aktivität, Ruhepausen. **Vergnügen und Erholung, Sport ?**

❖ **Linkshänder?****Essen und Trinken**

- ❖ Gibt es deutliche **Gewichtsschwankungen**? Nimmt Ihr Kind schnell zu oder vielleicht gar nicht, obwohl es viel isst? War das immer so?
- ❖ Wie ist der **Appetit**? Und gibt es Zeiten, zu denen es unbedingt etwas essen muß? (z.B. immer 11 Uhr morgens, abends oder nachts, Hunger nach den Mahlzeiten)
- ❖ Wie steht es mit dem **Durst**? Trinken es viel oder wenig? Vielleicht vorwiegend **warm, kalt**? Auffallend Schlückchen Weise oder in einem Zuge, nachts, tags unterschiedlich?
- ❖ Gibt es **Speisen und Getränke** gegen die Ihr Kind eine ausgesprochene **Abneigung oder sogar Ekel** hat?
- ❖ **Ekelt es sich leicht (vor Essen, Situationen, bei Gerüchen)?**
- ❖ Gibt es **Speisen und Getränke**, die Ihr Kind krank machen, die es **nicht verträgt**? Was passiert dann mit ihm? Hat es **trotzdem eine Vorliebe** dafür?
- ❖ Verträgt es **Milch? Essig? Eier? Obst** ?
- ❖ Gibt es **Nahrungsmittel und Getränke** für die Ihr Kind eine ausgesprochene **Vorliebe** hat?  
Süßigkeiten? Speziell Schokolade? Eis? Süßes Gebäck? Gezuckerte Speisen? Saure Dinge? Gewürzte Dinge? Schwere und fette Speisen? Pikantes? Geräuchertes? Aal? Butter? Brot? Obst? Tomaten? Auberginen? Eier? Milch? Fisch? Fleisch? Salz etc.?
- ❖ **Wie stehen Ihr Kind zu Salz?** Salzt es das Essen nach, versucht es Salz von der Hand zu lecken, gerne Salzstangen oder salzige Speisen? War das immer so?
- ❖ **Fällt eine bes. Zappeligkeit, Nervosität** nach best. Nahrungsmitteln / Süßigkeiten auf?



## **Schlaf und Träume**

- ❖ **Wann gehen Ihr Kind abends zu Bett?** Fallen ihm früh die Augen zu oder ist es ein Nachtmensch?, würde es am liebsten die ganze Nacht aufbleiben?
- ❖ Kann es gut **einschlafen**? Brauchen es **Licht** zum Einschlafen? Oder auch die ganze Nacht?
- ❖ Ist der **Nachschlaf gestört**? Wenn ja, immer zu den gleichen **Uhrzeiten**? **Was hält es wach?** (Erwartungsspannung, Geschäftssorgen, Sorgen um die Familie, romantisch, Gang zum WC etc.)
- ❖ Manche Leute **reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf**, schrecken auf, sind unruhig, **haben Angst, schlafwandeln, knirschen** im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit **offenem Mund, schnarchen** oder es läuft im Schlaf **Speichel aus dem Mund**, so dass das Kopfkissen morgens feucht ist. Wie ist es bei Ihrem Kind?
- ❖ Hat es eine bevorzugte **Schlafstellung**? Wie liegen Arme? Beine? Kopf? (Viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht? Vielleicht nur eine bestimmte Seite, auf dem Bauch?, auf dem Rücken?)
- ❖ **Wann erwacht** es? Wann steht es auf? Wodurch wird es geweckt? Von allein, Eltern oder WC-Drang?
- ❖ Ist Ihr Kind morgens **ausgeschlafen** oder ein sog. „**Morgenmuffel**“?
- ❖ **Gibt es im Verlauf des Tages** regelmäßige **Stunden der Schläfrigkeit**? Vielleicht sogar so stark, dass es sich hinlegen **muß**. Welchen Umständen schreiben Sie dies zu?
- ❖ Verträgt es eine **Mittagsstunde**, ein Nickerchen oder macht es das nur müder?
- ❖ Gibt es **Träume**, die bei Ihrem Kind öfter vorkommen? . **Oder träumen es nie** ?

## **Funktionen der Körpersysteme**

### **Frauen/Mädchen in der Pubertät:**

- ❖ **Periode:** Beginn in welchem Alter ungefähr? Beschwerden?
- ❖ **Periode:** Frequenz? Regelmäßig? Dauer?
- ❖ **Periode:** Beschwerden? Prämenstruelles Syndrom? Begleitend? Was erleichtert?
- ❖ **Periode:** Aussehen des Blutes, Farbe, Konsistenz, Geruch, wann am stärksten?
- ❖ **Periode** Gemüt vorher, während, nachher (z.B. Aggressiv, Putzwut)
- ❖ **Ausfluss (Farbe, wann, wie viel), Blasenentzündung (wann, wie, Schmerzcharakter)**

### **Mädchen und Jungen/ Frauen und Männer:**

- ❖ Ist Ihr Kind in der **Familie glücklich?** (Ja/Nein reicht.)
- ❖ Ist es ausgesprochen **eifersüchtig**? Unter welchen Umständen empfindet es **Eifersucht**? Auch ohne konkreten Grund?
- ❖ Gab es früher schwierige **Beziehungen/Familiensituationen**? Sind wichtige Beziehungen zerbrochen? (Trennung, Tod). Wie ging es Ihrem Kind danach? Gab es danach gesundheitliche Veränderungen?
- ❖ Besteht eine tiefe **Abneigung berührt zu werden**? Oder ist es einfach nur sehr kitzelig?
- ❖ **Wie ist die sexuelle Veranlagung?**  
(Hat Ihr Kind häufig die Hände zwischen den Beinen? Spielt es mit sich? Zieht es sich gerne aus und zeigt sich nackt? Hat sich etwas geändert?)
- ❖ **Haut:** (Jucken, trocken, Ausschläge, was, wo, Aussehen, Auslöser, Salbenbehandlung?, Oedeme = teigig geschwollene Hautpartien, Leberflecke, Warzen, Sonstiges)

- ❖ **Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten am Körper** (Muttermale, Leberflecke, Haare an unerwünschten Stellen, Fehlbildungen – Dinge, die anders sind als bei anderen).
  
- ❖ **Schweiß** (Menge, wann, wo: z.B. nur Kopf und nachts, Gesicht, Füße etc.; die Wäsche färbend und schwer auswaschbar, ätzt Löcher, Uhrzeit, Geruch, Änderung)
  
- ❖ **Schwindel** (wann, wie empfunden; was löst ihn aus, wohin gehend)
  
- ❖ **Sinnesorgane** (Sehen, Hören, Ohrgeräusche, Lichtblitze etc.) – Beschwerden, Veränderungen bitte stichwortartig beschreiben mit Seitenangabe
  
  
- ❖ **Atmung:** (z.B. Atemnot, Schlafen mit Kissen erhöht. Können es schnell eine Treppe hoch laufen? Reagiert es auf etwaige Allergene mit dem Atemtrakt?)
  
- ❖ **Hat es Husten oder Asthma?** (Auswurf?, Farbe?, was bessert / verschlechtert, wann tritt er auf und wie?)
  
- ❖ **Bestehen Allergien gegen best. Nahrungsmittel, Tierhaare, Staub, Medikamente, Pollen etc.?** Wie reagiert es genau? Seit wann besteht die Allergie?
  
  
- ❖ **Wie ist der Stuhlgang?** (Wann hat Ihr Kind nicht mehr eingekotet, wie ist es dazu gekommen? Neigung zu Verstopfung, Durchfall oder beides im Wechsel; wie häufig? Schlüpft der Stuhl wieder zurück oder muss er manuell entfernt werden? Kann der Stuhl nur in einer bestimmten Körperhaltung abgesetzt werden? Hat er eine auffällige Farbe? Blutbeimengungen, auffälligen Geruch oder Aussehen z.B. wie Schafskot oder bleistiftdünn, benötigt es regelmäßig Abführmittel?)
  
- ❖ **Treten vermehrt Blähungen auf?**
  
  
- ❖ **Wasserlassen:**  
Seit wann ist Ihr Kind trocken und wodurch? Wie oft geht es zur Toilette, Menge, Aussehen, **nächtliches Wasserlassen**, Missempfinden, Schmerzen, auffälliger Geruch?

- ❖ Ist Ihr Kind unter bestimmten Umständen **nicht trocken**? Wann? Warum
- ❖ **Sonstige immer wieder einmal auftretende körperl. Beschwerden**
- ❖ Wie steht es um die **Energie** und Tatkraft? Die **Vitalität** – unter Belastung?  
Hat sich da etwas geändert? War es früher anders?

### **Seelisch- Geistige Symptome**

- ❖ **Hobbys**, was machen es gern außerhalb von Kindergarten und Schule? (z.B. Sport, Lesen etc.)
- ❖ **Verreist** es für sein Leben gerne (bzw. würde es gern) **oder bleibt es lieber daheim? Übernachtet es gerne woanders (Oma/Opa oder Freunde) oder hat es Angst davor?**
- ❖ Hat es ein besonderes Verhältnis zu **Musik**? Beruhigt es ,schläft es dabei? Falls ja: zu welcher Musik?
- ❖ **Tanzt es gerne oder wippt im Takt?**
- ❖ Liebt es **Tiere** oder hat es Angst, Abneigung vor bestimmten oder sogar allen Tieren? Oder hat es vielleicht sogar besonders viel Mitleid mit Tieren?
- ❖ Ist und war die **Kindheit / Jugend** glücklich und unbeschwert oder eher traurig?
- ❖ Wie gut / stark ist das **Selbstbewusstsein** ausgeprägt?
- ❖ **Wie verhält es sich in einer Kindergruppe, bei Erwachsenen?** Geht es auf andere Kinder zu oder wartet es eher darauf, angesprochen zu werden. Beobachtet es das Geschehen lieber aus der Ferne?
- ❖ **Schließen Ihr Kind leicht Freundschaften?** Ist es ein offener oder eher verschlossener Mensch?

- ❖ Wie fühlt es sich in einer **Menschenmenge**, brauchet es **Gesellschaft** oder ist es am liebsten **allein**?
- ❖ Ist es **ausgeglichen** oder **eher ungeduldig** und aufbrausend?
- ❖ Geht Ihrem Kind **alles irgendwie zu langsam**? Hat sich daran etwas geändert? (Empfindet es dabei die anderen als zu langsam oder sich selbst?)
- ❖ Würden Sie Ihr Kind als **ruhelos** bezeichnen? Körperlich?, nur Beine oder Arme? Nachts? Oder nur tags, geistig?
- ❖ **Wie verhält es sich bei einem großen Problem, bei Kummer?**  
(z.B.: will es sich mit anderen besprechen, empfindet Trost als angenehm oder nicht, will das Problem allein bewältigen, spazieren gehen, Musik hören, Seufzen, Weinen, Schmerzen (Bauch Kopf, Magen etc.)
- ❖ **Wie reagiert es auf Trost?** Tut er ihm gut oder verträgt es ihn gar nicht?
- ❖ Kann Ihr Kind **unangenehme Nachrichten** verkraften oder eher nicht?
- ❖ **Weint es leicht?** In welchen Situationen? (Film, Rührung, Ärger, Kritik, Mitgefühl etc.)
- ❖ Falls es nur selten weint: in welcher Situation hat es **zum letzten mal geweint**?
- ❖ Was war das **größte Highlight in dem Leben Ihres Kindes**?
- ❖ Und das **letztes Highlight**?
- ❖ **Ist Ihr Kind ein Mensch, der übergenau und ordentlich ist?**  
Kann es auch 9 mal gerade sein lassen oder ist es sogar eher unordentlich bis chaotisch? Wie hält Ihr Kind es mit der Ordnung allgemein (Schreibtisch, Zimmer, Schulranzen, Haushalt)?
- ❖ **Wie steht es zu Hausaufgaben?** (Wird gern erledigt, egal oder eigentlich nur mit Widerwillen?)
- ❖ **Und wie ist es in der Schule, Kindergarten ?** Normal? Perfektionistisch – ehrgeizig? – lustlos?

- ❖ **Gibt es etwas, was Ihr Kind an Mitschülern und Mitmenschen besonders ärgert?**
  
- ❖ Übernimmt es **Verantwortung** schnell, gern oder nur weil es sein muss?
  
- ❖ **Hat es auffallend viel Mitgefühl oder Mitleid mit anderen?** (Wenn ja: eher wenn jemand sich verletzt hat oder wenn jemand traurig ist / weint?)
  
- ❖ Wie reagiert es auf **Ungerechtigkeit** ? (ggü. sich selbst / ggü. Anderen /Mitschüler/Geschwister )
  
- ❖ Setzt sich Ihr Kind geradezu **zwanghaft für andere ein?**, ohne die Konsequenzen für sich selbst zu bedenken? Politisches-soziales Engagement?
  
- ❖ Akzeptiert es sog. „**natürliche**“ **Autoritäten** (Lehrer, Kindergärtnerinnen, Richter, Polizei,) oder vertritt es immer klar und unmissverständlich die eigene Meinung egal, mit wem Ihr Kind es zu tun hat?

### **Ängste und Phobien:**

- ❖ **Löst etwas Angst aus?**

Gewitter / Furcht vor Erdbeben?

Wasser?

Furcht vor Einbrechern, vor Geistern?

Horrorfilme? Thriller?

Tiere (Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Mäuse, Insekten etc.)?

Furcht zu fallen? Höhenangst? Flugangst?

Enge Räume, Tunnel?

In einer Menschenmenge?

Furcht vor Menschen? Das Haus zu verlassen?

Alleinsein?

zu verarmen?

Angst den Verstand zu verlieren, Furcht vor Geisteskrankheit?

Furcht vor der Nacht, in der Dunkelheit?

Spiegel?

Furcht vor der Zukunft?

Furcht vor Krankheit, Krebs, Tod etc.?

Furcht vor spitzen Gegenständen? (Nadeln, Spritzen, Scheren)

Gefühl verfolgt zu werden?

Besonders große Angst um die Familie?

Angst es könnte etwas Furchtbares passieren?

Furcht vor Examen, Prüfungen, vor der Schule, vor Lehrern

Furcht vor öffentlichen Auftritten?

Panikattacken

**Hat es andere Ängste?**

- ❖ **Kann Ihr Kind richtig wütend werden? Wenn ja, unter welchen Umständen und wie reagiert es dann?** (rotes Gesicht, Werfen von Gegenständen, Zerschlagen von Dingen, Schlagen, Fluchen, Rückzug, Weinen, alles besprechen wollen usw.?)
  
- ❖ **Kann es gut verzeihen** – oder ist es eher nachtragend oder braucht gewisse Rache?
  
- ❖ **Wie reagiert Ihr Kind auf Kritik, wie empfindlich ist es?** (führt sie zu Traurigkeit, Weinen, Zorn, Verzweiflung?)
  
- ❖ **Hat Ihr Kind Stimmungsschwankungen?** (Auf Bemerkungen, Kritik, Lob, Lachen anderer oder wenn es nur angesehen wird)
  
- ❖ **Ist die Lebensfreude** eingeschränkt, durch **seel. Probleme?** (Depressionen, geringes Selbstwertgefühl, Apathie). Bitte beschreiben Sie die Gefühle Ihres Kindes und auch, was bessert und verschlechtert.
  
- ❖ Hat Ihr Kind irgendwann einmal in Ihrem Leben schon **Todesgedanken oder Selbstmordgedanken** gehabt, oder geäußert, viel über den Tod gesprochen?
  
- ❖ Hat Ihr Kind **Menschen, wichtige Beziehungen verloren?** Durch **Tod oder Weggang, was** hat sich für Ihr Kind **danach verändert?**
  
- ❖ **Geistige Symptome** wie Gedächtnisschwäche, Konzentrations- u. Begriffsschwäche, Verdrehen von Worten, Ziffern, Zähl-, Kontrollzwänge.
  
- ❖ **Versuchen Sie, Ihr Kind als Menschen zu beschreiben, mit ganz persönlichen typischen Eigenarten, Stärken und Schwächen.**
  
  
- ❖ Was würden **andere**, Opa, Oma, Onkel, Tante, Kinder, Freunde **sagen?**
  
  
- ❖ **Ärgert sich Ihr Kind manchmal über sich selbst?** Wenn ja, sind es immer wieder die *gleichen* Dinge?

❖ **Wenn Ihr Kind drei Wünsche frei hätten (gute Fee), was wären seine Herzenswünsche?**

Sie haben im Laufe der Bearbeitung des Bogens bemerkt, dass für die klass.-homöop. Behandlung wirklich alles von Wichtigkeit ist: von der Schlaflage, über die Essensgelüste bis hin zu prägnanten Persönlichkeitsmerkmalen usw. Die Beschwerden Ihres Kindes, deretwegen Sie mich aufsuchen, stehen dabei für die *Mittelfindung* nicht im Mittelpunkt, sondern der ganze Mensch, mit all seinen Eigenarten und Symptomen, so wie er sich ganz individuell zeigt und von anderen Menschen unterscheidet. So passiert es häufig, dass im Laufe einer klass.-homöop. Behandlung, die z.B. wegen chron. Kopfschmerzen begonnen wurde, sich ganz „nebenbei“ auch Depressionen, Allergien, Asthma usw. verabschieden.

Notieren Sie daher bitte die Besonderheiten oder Störungen, die bei diesen Fragen nicht zur Sprache kamen.

Beispieltabelle:

	Impfung	Bes. Ereignisse	Symptome	Schulmed. Diagnose	Therapie
z.B. 01.01.15  01.04.15 10.04.13	6-fach	Geburt  Mutter schwer krank	Atemnot, blau  1 Tag Fieber nicht geschlafen, viel geweint	Anpassungsstörung	Intensivstat. 3 Tage Paracetamol  Oma