
Fragebogen Homöopathie für Kinder

Unsere Kinder sind unser wertvollstes Gut. Sind sie einmal krank, ist Homöopathie eine sanfte Methode zur Unterstützung des Immunsystems, sowie zur Stärkung Ihrer Konstitution und Widerstandskräfte.

Daher wird der Homöopath Fragen zum Gesamtzustand Ihres Kindes stellen. Jeder Homöopath versucht zudem, die inneren Dynamiken zu verstehen, welche zur Krankheit geführt haben. Dies macht er oft anhand von Fragen über Ängste, Träume, Phantasien, Märchen, Lieblingscartoons, Spielzeug, TV-Programme, Filme, Zeichnungen, Dichtungen etc., denn in all diesen Bereichen drücken Kinder ihr inneres Selbst aus.

Der Zustand der Mutter während der Schwangerschaft ist einer der wichtigen Faktoren, die helfen, das Kind zu verstehen. Das Kind im Mutterleib nimmt die Umgebung so wahr, wie seine Mutter diese tagtäglich erlebt. Daher ist es wichtig zu verstehen, wie die Mutter fühlt, denkt und empfindet. Dies ist erkennbar an ungewöhnlichen Träumen, Ängsten, Gedanken, Gefühlen der Mutter, Abneigung von Lebensmitteln in der Schwangerschaft, eine bestimmte Krankheit in dieser Zeit etc.

Der Zustand des Vaters ist nach Bedarf in gleicher Weise zu berücksichtigen.

Hinweis: Bitte beschreiben Sie Ihr Kind in den nachfolgenden Fragen in Ihren eigenen Worten und erwähnen Sie ebenfalls Worte oder Redewendungen, welches Ihr Kind oft ausspricht.

Name / Vorname _____

Geburtsdatum / Ort _____

Datum der ersten Behandlung _____

1) Welche Krankheiten hatte Ihr Kind seit seiner Geburt?

Alter des Kindes	Name der Krankheit	Verabreichte Medikamente oder Therapien	Hat sich das Kind davon ganz erholt?

2) Gab es irgendeine Reaktion oder besondere Schwierigkeiten nach Impfungen?

3) Was die das Hauptproblem, welches Sie zu dieser Behandlung bewogen hat (bitte detailliert beschreiben: seit wann/ wo äußert sich die Beschwerde im Körper/ wie sieht es aus/ wodurch wurde es ausgelöst/ wann wird es besser oder schlechter.

4) Wie ist der momentane Gemütszustand Ihres Kindes?

4.1) Wie reagiert Ihr Kind in stressigen Situationen?

5) Was sind die Hauptängste Ihres Kindes? Wie reagiert Ihr Kind in angstvollen Situationen?

6) Was sind Ihre Ängste in Bezug auf das Kind?

7) Gab es im Leben Ihres Kindes Ereignisse, welche sehr prägend waren? Wenn ja welche?

8) Welches sind die Lieblingsgeschichten / Märchen Ihres Kindes? Welche Charakterfigur der Geschichte liebt Ihr Kind am meisten und warum?

8.1) Was erzählt Ihr Kind im Zusammenhang mit der Geschichte?

9) Hat Ihr Kind eigene Phantasien, welche es Ihnen erzählt? Welche Phantasien?

10) Gibt es Träume die Ihnen Ihr Kind erzählt? Welche? Was sind die Gefühle/Empfindungen Ihres Kindes im Zusammenhang mit dem Traum?

11) Hat Ihr Kind Albträume? Welche? Wie reagiert Ihr Kind darauf?

12) Was sind die Interessen und Hobbies Ihres Kindes?

13) Was macht Ihr Kind sehr glücklich, bzw. in welchen Situationen ist es am glücklichsten?

14) Beschreiben Sie über die spezifischen Spielzeuge, Spiele / spezifische TV-Serien, Comic-Figuren, Filme, die Ihr Kind mag.

14.1) Welche Fragen stellt das Kind in diesem Zusammenhang?

14.2) Welche Gefühle und Empfindungen durchlebt Ihr Kind in diesem Zusammenhang.

15) Welche körperlichen Betätigungen / Sport / Bewegung liebt Ihr Kind?

16) Was zeichnet und singt Ihr Kind gerne? Welche Gefühle hat es dabei?

17) Sonstige Tätigkeiten die Ihr Kind gerne macht:

18) Beschreiben Sie alle Eigenschaften Ihres Kindes, welches es einzigartig machen:

19) Welche momentanen Ziele hat Ihr Kind?

20) Hat Ihr Kind Idole? Wer? Was bewundert Ihr Kind an diesem Menschen?

21) Wie ist die Beziehung und das Verhalten des Kindes zu den Eltern, Lehrern, Freunden, Verwandten? Wie ist sein Verhalten in der Schule?

22) Was sagt der Lehrer über Ihr Kind? Was sagen die Freunde über Ihr Kind?

23) Was sind seine Ansichten über die Welt?

24) Was bringt das Kind zum Weinen oder Lachen?

25) Was macht Ihr Kind sehr wütend und gereizt?

26) Was macht Ihr Kind, wenn es allein ist?

27) Bitte legen Sie - wenn möglich - schöpferische Tätigkeiten Ihres Kindes in Form von Zeichnungen, Aufsätzen, Fotos von Kunsthandwerken, Aufzeichnungen von selbst gespielter Musik, Filmausschnitte Ihres Kindes in besonderen Momenten etc. bei. Dies hilft uns, Ihr Kind in seinem Wesen besser wahrzunehmen.

28) In welcher Position schläft Ihr Kind (auf der Rückseite, Seiten-, Bauchlage etc.)? In welcher Position kann es nicht schlafen?

28.1) Hat Ihr Kind während des Schlafes den Mund oder die Augen offen? Schnarcht es? Knirscht es mit den Zähnen? Schwitzt es? Spricht es im Schlaf? Sonstiges?

29) Wie ist sein Appetit? Was isst Ihr Kind am liebsten?

30) Schwitzt ihr Kind? Wenn ja, an welchen Körperpartien?

31) Ist es oft erkältet? Wenn ja, wie oft?

32) Haben Sie ungewöhnliches in der Sexualität bemerkt? Neigungen / Verlangen / Störungen / übermäßiges Verlangen etc.?

Für Jungen

32.1) Schwierigkeit bei der Erektion?

32.2) Andere Symptome?

Für Mädchen

32.3) Menstruation: Regelmäßig oder unregelmäßig?

32.4) In welchem Alter hat die Menstruation angefangen?

32.5) Gab es irgendwelche Probleme? Schmerzen, Ausfluss etc.?

33) Beschwerden über Schwäche? Wo? Wann ist es mehr oder weniger? Ist es in einem bestimmten Teil des Körpers?

Mutters Gesamtzustand während der Schwangerschaft

(Von der Mutter auszufüllen)

34) Wie war Ihr Zustand während der Schwangerschaft?

35) Gab es Veränderungen in Ihrem Wesen und Verhalten während der Schwangerschaft?

36) Gab es Belastungen während der Schwangerschaft? Welche? Was waren die Gefühle und Empfindungen die damit einhergingen?

37) Gab es Ereignisse in der Schwangerschaft, die tiefgreifend für Sie waren? Welche?

38) Hatten Sie eindrückliche Träume in dieser Zeit? Welche? Wie waren Ihre Gefühle im Traum?

39) Beschreiben Sie Gedanken und Vorstellungen die Sie in dieser Zeit über Ihr Kind und die Schwangerschaft hatten.

40) Hatten Sie irgendwelche ungewöhnlichen Gedanken und Empfindungen während dieser Zeit? Beschreiben Sie diese im Detail. Wie war Ihre Reaktion darauf?

41) Erlebten Sie Angst oder Schrecken in dieser Zeit? Wie war Ihre Reaktion darauf?

42) Gab es Veränderungen in Ihrem Verhalten während der Schwangerschaft (beispielsweise, andere Filme, Bücher Hobbies etc.)?

43) Hat sich die Beziehung zu den Menschen um Sie herum verändert? Wie?

44) Wie stellten Sie sich Ihr Kind vor (Charakter, Aussehen, spezielle Eigenschaften etc.)?

45) Gab es irgendeine Veränderung in Bezug auf Lebensmittel, Essen und trinken (Verlangen und Abneigung)?

46) Gab es eine Veränderung mit dem Schwitzen?

47) Gab es irgendeine Veränderung in Ihrem Stuhlgang und/oder Urin während dieser Zeit?

48) Gab es eine ungewöhnliche Veränderung in Ihrem sexuellen Verlangen während dieser Zeit?

49) Wie war Ihr allgemeiner Gemütszustand?

50) Hatten Sie während der Zeit der Empfängnis Träume? Was waren die Gefühle / Gedanken? Wie war Ihre Reaktion darauf?

Wir danken Ihnen, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Bitte bringen Sie diesen bei Ihrer nächsten Konsultation mit, oder senden Sie ihn uns per E-Mail oder Post zu. Das sternsicht Team.

sternsicht^{GmbH}

Pionierpark
Bahnmeisterweg 12
CH-8400 Winterthur

phone ±41 (0)52 534 09 37

mobile +41 (0)78 921 22 00

web www.sternsicht@olympos.ch

mail olympos@sternsicht.com