

Fragebogen zur homöopathischen Behandlung für Kinder

Name / Vorname:

Strasse :

PLZ / Wohnort:

Telefon / Natel Privat:

Schulstufe:

Geburtsdatum:

Grösse. Gewicht:

Persönliche Krankheitsgeschichte

Nicht vergessen: Impfungen, Kinderkrankheiten, Allergien, Unfälle, Operationen, Hauterscheinungen, einschneidende Ereignisse, psychisch schwere Zeiten

1. Lebensjahr (Lj.)	7./8. Lj.
2. Lj.	9./10. Lj.
3. Lj.	11./12. Lj.
4. Lj.	13./14. Lj.
5. Lj.	Pubertät:
6. Lj.	

Gegenwärtig einzunehmende Mittel (auch Hausmittel, Pille)

Familienkrankheiten (auch Todesursachen)

Achten Sie speziell auf Folgendes:

Asthma, Allergien, Arthritis, AIDS, Aborte, Angina, Alzheimer, Alkoholismus, Epilepsie, Fehlgeburten, Fettleibigkeit, Geschlechtskrankheit, Gallensteine, Gicht, Gemüts - krankheit, Heuschnupfen, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Hirntumor, Krampfadern, Krebs, Kropf, Leukämie, Migräne, Mittelohrentzündung, Myome, Nierensteine, Magen-, Darmbeschwerden, MS, Prostata, Psoriasis, Parkinson, Selbstmord, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Unterleibsoperation

Eigene Geschwister:

Vaterseite ♂

Mutterseite ♀

Vater:	Mutter:
Onkel/Tanten:	Onkel/Tanten:
Grossmutter:	Grossmutter:
Grossvater:	Grossvater:
Grosstanten/Grossonkel:	Grosstanten/Grossonkel:

Weitere Bemerkungen:

Ihre gegenwärtigen Beschwerden

Behandelnder Arzt / Hausarzt
