



Ulrike Poestges
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie
Römerstrasse 84 41516 Grevenbroich
Tel. 02181 818899 Mobil 01742934024



Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weibl. männl.

Straße: _____

PLZ, Stadt, Land: _____

Tel./Fax/email: _____

Empfohlen von: _____

Ausbildung Kindergarten zu Hause Tagesmutter Großeltern Sonstiges: _____

besucht die ___ Klasse der Sondersch. Grundsch. Hauptsch. Realsch. Gesamtsch. Gymn.

Welche **Medikamente** in welcher Dosierung nimmt Ihr Kind / Jugendl. ein? _____

Welche **homöop. Arzneimittel** hat Ihr Kind / Jugendl. bisher eingenommen und in welcher Dosierung? _____

Wie oft wurde Ihr Kind / Jugendl. **antibiotisch behandelt** und aufgrund welcher Diagnose(n)? _____

Sind alle nahen Bezugspersonen mit der homöopathischen Behandlung einverstanden? Ja Nein

Mitglieder des Haushaltes:

Beziehung	Alter	Name	Krankheiten

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche? _____



Ulrike Poestges
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie
Römerstrasse 84 41516 Grevenbroich
Tel. 02181 818899 Mobil 01742934024



Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Welche auffallenden Erkrankungen liegen bei anderen Blutsverwandten vor (Allergie, Erbkrankheiten, Rheuma, Tuberkulose, Krebs, etc.) [] trifft nicht zu (Adoptivkind)

Beziehung	Alter	Name	Krankheiten

Welche **auffallenden Erkrankungen** hatte Ihr Kind / Jugendlicher bisher? _____

Gibt es **Probleme** in Ihrem **Haus** / Ihrer Wohnung (Feuchtigkeit, Ungeziefer, giftige Absonderungen, etc?) _____

Bewohnt Ihr Kind / Jugendlicher ein eigenes Zimmer Zimmer mit Geschwister schläft im Elternzimmer

War Ihr Kind / Jugendlicher kürzlich im **Krankenhaus**? _____ Gab es mehr als 3 stationäre Behandlungen?

Geben Sie bitte folgende Informationen über die bisherigen Krankenhausaufenthalte:

	1. Aufenthalt	2. Aufenthalt	3. Aufenthalt
Art der Erkrankung bzw. OP			
Monat u. Jahr des Aufenthaltes			
Name des Krankenhauses			



Ulrike Poestges
Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie
Römerstrasse 84 41516 Grevenbroich
Tel. 02181 818899 Mobil 01742934024



Fragebogen für Kinder und Jugendliche

Welche **Impfungen** wurden wann gegeben?

Datum			
Art der Impfung			
Reaktion auf die Impfung			
Datum			
Art der Impfung			
Reaktion auf die Impfung			

Sind im Zusammenhang mit den Beschwerden Ihres Kindes / Jugendlichen **ernsthafte Erkrankungen ausgeschlossen** worden z.B. Krebs, MS, rheumatische Erkrankungen, etc.?

Kommentare oder Probleme, die nicht in Anwesenheit des Kindes / Jugendlichen besprochen werden sollen (ggf. Extrablatt zufügen)

Welche Medikamente, Narkosen, PDA, etc. wurden während der **Schwangerschaft** und **Geburt** verabreicht?

spontane Entbindung in Klinik zu Hause Kaiserschnitt Zangen- oder Saugglocke

Frühkindliche Entwicklung:

Laufen gelernt mit ____ Monaten Sitzen mit ____ Monaten

Sprechen: früh normal verzögert Sprachproblem, wenn ja, welches? _____

Fontanellenschluss mit ____ Monaten

ersten **Zähne** mit ____ Monaten, mit Beschwerden ohne Beschwerden

Bitte bringen Sie die ausgefüllten Fragebögen am ersten Behandlungstag mit.