Joachim-F. Grätz
Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Extrait du livre

Homöopathische Behandlung Ihres Kindes
de Joachim-F. Grätz
Éditeur : Tisani Verlag

Homöopathische Behandlung
Ihres Kindes

Fragebogen

Inge Plattner, Berg — Dr.-Ing. Joachim-F. Grätz, Oberhausen i.Obb.

http://www.editions-narayana.fr/b3844

Sur notre librairie en ligne vous trouverez un grand choix de livres d'homéopathie en français, anglais et allemand.

Reproduction des extraits strictement interdite.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Allemagne
Tel. +33 9 7044 6488
Email info@editions-narayana.fr
http://www.editions-narayana.fr

Editions Narayana

1. Krankengeschichte Ihres Kindes

1.1 Kurzfassung (chronologisch)

2. Schwangerschaft / Geburt

2.1 Verlauf der Schwangerschaft / Untersuchungen (Fruchtwasser-U. etc.) / Impfungen / Blutgruppen unverträglichkeit / Bluttransfusion / Virusinfekte / sonstige Erkrankungen, Ängste, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse? - Bitte genaue Angaben.
2.2 Vorausgegangene Fehlgeburten / Frühgeburt / Tot geburt? - Wann? / Mögliche Ursache?
2.3 Nikotin / Alkohol / Drogen / Medikamente? - Wie viel? Wann? - Frühreifungsspritze? / Wehen hemmende Mittel / wehenfördernde Mittel - Wenn ja, in welchem Monat?
2.4 Schwangerschaftserbrechen? Wie lange? / Wie schwer?
2.5 Blutungen während der Schwangerschaft? - In wel chem Monat? / Behandlung?
2.6 Drohende Fehlgeburt? / Drohende Frühgeburt? / Frühgeburt? - In welcher Woche?
2.7 Entbindung termingerecht? Farbe des Frucht wassers.
2.8 Narkose / Lachgas / Periduralanästhesie (Spinalanästhesie).
2.9 Lage des Kindes.
2.10 Entbindung mit Saugglocke / Zange / Kaiserschnitt.
2.11 Sonstige Beschwerden während dieser Zeit?

3. Neugeborenenperiode

3.1 Geburtsgewicht / Länge / Kopf umfang
3.2 Sofort geschrien? / Atemstörungen? / blau / gekrampft?
3.3 Geburtsgeschwulst / Hirnblutung?
3.4 Nabelschnurstrangulierung?
3.5 Schlüsselbeinbruch? - links / rechts?
3.6 Gelbsucht (wie lange, wie stark?) - Brutkasten / Wärmebettchen?
3.7 Nabelbruch? / Leistenbruch? - angeboren / erwor ben?
3.8 Nabelentzündung? - Absonderung?
3.9 Schiefhals? - links / rechts?

© Narayana Verlag, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, www.narayana-verlag.de

3.10 War Ihr Säugling apathisch / hat er ständig geschrien?
3.11 Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt? Wie lange teils? - Gab es Probleme beim Stillen?
3.12 Trinken unauffällig / schlechter Trinker / Speikind?
3.13 Gab es in den ersten 4 Wochen akute Erkrankungen?
3.14 Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen geimpft? - Gab es da auffällige Über- oder Unterreaktionen?
3.15 Bluttransfusionen als Säugling?
3.16 Haben Sie als stillende Mutter im Wochenbett Medikamente erhalten? - Wenn ja, welche? / weshalb?
3.17 Wurden Sie als stillende Mutter geimpft? - Wenn ja, wann? / wogegen?
3.18 Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

4. Geistige/körperliche/statomotorische Entwicklung

4.1 Liegt eine angeborene / erworbene Behinderung vor? - Bitte genaue Angaben.
4.2 Wann reagierte Ihr Kind zum ersten Mal auf Ansprache?
4.3 Wann sinnvolles Sprechen?
4.4 Stottert / lispelt es? - Seit wann?
4.5 Wann Fontanellenschluß?
4.6 Wann erste Zähne? / Erschwerte Zahnung?
4.7 Wann Aufstützen auf die Hände / Drehen vom Bauch auf den Rücken / Drehen vom Rücken auf den Bauch / Sitzen / koordiniertes Krabbeln / Stehen / freies Laufen?
4.8 Größenwachstum normal / verzögert / beschleunigt?
4.9 Wann ist Ihr Kind sauber geworden?
4.10 Wirkt Ihr Kind altersgemäß?

5. Neigung zu bestimmten Erkrankungen

5.1 Neigung zu häufigen: Mittelohrentzündungen (eitrig?) / Mandelentzündungen (eitrig?) / Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen / Bronchitiden / Lungenentzündungen / Krupp bzw. Pseudokrupp /Erkältungskrankheiten / sonstigen fieberhaften Infekten / Fieberkrämpfen.
5.2 Krampfneigung? / Epilepsie?
5.3 Hat Ihr Kind ein Zucken (z.B. Augen, Mundwinkel, usw.) / eine sich häufig wiederholende Bewegung?
5.4 Hat es schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt? - Nach der Geburt? / Nach einem Unfall? / Fieberkrämpfe? / Bei bestimmten Ängsten? / etc.
5.5 Treten die Krämpfe nur einseitig auf? - rechts / links / ganzer Körper

© Narayana Verlag, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, www.narayana-verlag.de

5.6 Wann treten/traten sie auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitzestadium / Frostadium) / helles Licht / Gewitter / nach Impfung / Würmer / nach Unterdrückung von Absonderungen / beim Anblick von Wasser / beim Anblick von glitzernden Gegenständen / seit Geburt / periodisch / bei Vollmond?

5.7 Neigung zu Hauterkrankungen / Allergien / Neurodermitis? - Gibt es Nahrungsmittelzusammenhänge wie Milch / Erdbeeren / etc.?

5.8 Neigung zu Bauchschmerzen / Erbrechen / Durchfall / Verstopfung.

5.9 Seit wann bestehen obige Erkrankungsneigungen? / Wann? / Wonach traten sie das erste Mal auf? / Vermutete Ursache? / Wie behandelt?

5.10 Beschreiben Sie den genauen Ablauf.

6. Kinderkrankheiten

6.1 Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Diphtherie / Keuchhusten / Windpocken / Pfeiffersches Drüsenfieber.

6.2 Wie wurde behandelt? Welche Medikamente?

6.3 Bei exanthematischen Erkrankungen (Krankheiten mit Hautausschlägen, wie z.B. Scharlach): Kam der Hautausschlag richtig heraus? - Bitte genaue Angaben.

6.4 Gab es Komplikationen? - Wenn ja, bitte beschreiben.

7. Impfungen

7.1 Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen hat Ihr Kind erhalten? Wann? - Tbc (BCG) / Poliomyelitis (Kinderlähmung) / Diphtherie / Pertussis (Keuchhusten) / Tetanus / Masern / Mumps / Röteln / Windpocken / HIB / Grippe / Zecken / Tollwut / Hepatitis / Tuberkulinproben / Sonstige.

7.2 Wurden die Impfungen gut vertragen? Gab es Impfreaktionen (z.B. hohes Fieber, Apathie, Lähmungserscheinungen, schrilles Schreien oder Schreikrämpfe, Krampfen, Wesensveränderungen, Meningitis [Hirnhautentzündung], Encephalopathie [Gehirnerkrankung], Schlafsucht etc.)? - Beschreiben Sie ausführlich.

8. Allgemeines

8.1 Rechts- / Linkshänder?

8.2 Ist Ihr Kind zu mager? - Trotz guten Appetits? - An welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine etc.)?

8.3 Ist Ihr Kind zu dick? An welchen Körperregionen besonders?

© Narayana Verlag, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, www.narayana-verlag.de

8.4 Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgespro chen warmes Kind?
8.5 Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen ver tragen?
8.6 Ist Ihr Kind geräuschempfindlich?
8.7 Ist es empfindlich gegen Gerüche?
8.8 Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, nach Stuhl)? - Wann? / Trotz Waschens oder Badens? / Wo am Körper?
8.9 Trägt es enganliegende Kragen oder enge Gürtel? - Verträgt es ein Lätzchen um den Hals?
8.10 Verträgt es Wolle auf der Haut?
8.11 Läßt sich Ihr Kind gerne baden oder hat es Angst davor?
8.12 Gibt es Symptome/Beschwerden, die immer wieder auftreten (stundenweise / tageweise / alle paar Monate / Jahreszeiten)?
8.13 Gibt es Krankheitszeichen, die durch bzw. nach der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes ent standen sind?
8.14 Bestehen die Beschwerden seit einem Schreck oder Schockerlebnis?
8.15 Gibt es eine auffallende Seitenbetonung? Vorwie gend linksseitige / rechtsseitige Symptome? / von links nach rechts wandernd / von rechts nach links wandernd? / von einer Seite zur anderen (hin und her)?
8.16 Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich? - Sehr kit zelig? Wo besonders (z.B. an der Wirbelsäule)?
8.17 Möchte es dauernd getragen werden?
8.18 Will es nicht angefaßt / angesehen werden?
8.19 Gab es Unfälle / Knochenbrüche / Gehirnerschüt terung / Operationen / Krankenhausaufenthalte aus anderen Gründen?
8.20 Nennen Sie alle Medikamente, die Ihr Kind bislang erhalten hat.

9. Witterungseinflüsse

9.1 Welches Wetter liebt Ihr Kind? Welches mag es überhaupt nicht? - Wie reagiert es (z.B. bei Sonne, Regen)?
9.2 Ist es anfällig für Zugluft / Kälte / naßkaltes Wetter / Schneeluft / starken Wind / Nebel / bei bzw. vor Gewitter / bei bzw. vor Sturm / Wetterwechsel / Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmendem Mond?
9.3. Wie geht es ihm am Meer / im Gebirge?

10. Zeiten

10.1 Welche Jahreszeit liebt Ihr Kind ganz besonders? Wann fühlt es sich deutlich schlechter?
10.2 Zu welcher Zeit ist Ihr Kind besonders weinerlich, schläfrig, hungrig, schwierig

© Narayana Verlag, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, www.narayana-verlag.de

Homöopathische Behandlung
Ihres Kindes

Fragebogen

Inge Plattner, Berg

Dr.-Ing. Joachim-F. Grätz, Oberhausen i.Obb.

Joachim-F. Grätz

Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Patientenfragebogen A4

16 pages, fascicule
publication 2006

acheter maintenant

Plus de livres sur homéopathie, les médecines naturelles et un style de vie plus sain
www.editions-narayana.fr