

Joachim-F. Grätz

Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Reading excerpt

[Homöopathische Behandlung Ihres Kindes](#)

of [Joachim-F. Grätz](#)

Publisher: Tisani Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b3844>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



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 welchem 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?

- 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

- 5.6 Wann treten/traten sie auf? - Aufregung / Schreck / Zorn / Zahnung / Fieber (Hitzestadium / Froststadium) / 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?

- 8.4 Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes Kind?
- 8.5 Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?
- 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 entstanden sind?
- 8.14 Bestehen die Beschwerden seit einem Schreck oder Schockerlebnis?
- 8.15 Gibt es eine auffallende Seitenbetonung? Vorwiegend 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 kitzelig? 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 / Gehirnerschütterung / 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

Homöopathische Behandlung
Ihres Kindes
Fragebogen

Joachim-F. Grätz

Homöopathische Behandlung Ihres Kindes

Patientenfragebogen A4

16 pages, booklet
publication 2006



Inge Plattner, Berg

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

More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life www.narayana-verlag.com