**HOMEOPATSKI CENTAR** Silicea Terra

Vesna Češek , Registrirana Homeopatinja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*VPRAŠANJA \_Homeopatski tretman\_ OTROCI*

Ime in priimek:

Telefonska številka staršev:

E-mail:

Naslov:

Višina:

Kg:

- Datum rojstva:

- Osebna anamneza (problemi v preteklosti)

- Družinska anamneza (zdravstvene tegobe staršev in starih staršev). Napišite čemu so bili njegovi/njeni predniki skloni (npr. kancerogenim obolenjima, krvožilnim tegobam, kožnim tegobam, revmi, je nekdo imel tuberkulozo). Napišite za starše kot tudi za stare starše. Napišite tudi, če je nekdo od njih doživel velik šok, žalost, travmo..

- Je otrok redno cepljen, delno ali ni cepljen? Je imel/a vidno reakcijo po cepljenju (nespečnost, upočasnjen razvoj, kričanje, povišana temperatura, kronične bolezni)?

-Je otrok prebolel kakšno otroško bolezen? V težji obliki?

-Je sklon/a prehladom, infekcijam?

- Katere so glavne tegobe pri otroku? Od kdaj ima te tegobe? Se je v začetku pojavljanja prvih znakov zgodilo kaj posebnega v njegovem življenju?

-V kateri dobi dneva so mu/ji tegobe najbolj izražene? Kaj poslabša stanje ( določena hrana, vreme, gibanje/mirovanje, zvoki, toplota/hladno ali nekaj drugega?

- S koliko meseci je otrok začel hoditi, kdaj je dobil prvi zob (približno). So zobje boleče prihajali?

-Je pedanten/a? Se hitro izživcira? Mirno odreagira v stresnih situacijah? Veliko joče? – v katerih situacijah? Je otrok zelo vezan za katerega od staršev? Pokaže svoje emocije ali se zapira v sebe? Je nežno, občutljivo? Je ljubosumen/a? V katerih situacijah? Ima pomanjkanje samopouzdanja? Ima neke neobičajne navade, geste? Je hiperaktiven/a ali je bolj počasen/a? Dosti analizira? Mu/ji smetajo zvoki?

- Ima kakšne strahove? Se boji kakšnih živali, grmenja, igel, krvi, tunela, dvigala, gužve, poškodbe, smrti, ima strah za prihodnost?

- Je hladen/a ali mu/ji je pogosto vroče? Ji/mu je slabše od spremembe vremena, sonca, vročine, hladnega in vlažnega vremena? Mu/ji je hladno v noge, roke ali v glavo?

- Blato ima poseben vonj, barvo, je trdo, ima drisko, sluz ali kri v blatu? Ima blato vsak dan? Ima strah od kakanja? Je blato v komadu, so kroglice, je blato na pol trdo-pol mehko? Je blato kdaj kot glina (se zalepi)? Ima neprebavljeno hrano v blatu?

- Se oznoji? Kje največ in kdaj? Ko zaspi? Ima znoj poseben vonj?

- Je nagnjen/a debelosti ali se nikakor ne more zrediti? Kje se največ zredi? Spodnji del ali trebuh?

- Kakšen ima apetit? Slab, ves čas išče hrano? Ima povečan apetit zvečer?

- Želja za hrano: Katero hrano ima rad/a? (sladko, kislo, slano,meso, ribo, jajca, kruh, mlečno, začinjeno)? Ima močno željo za nečim?

- Ima poslabšanje po določeni hrani?

- Ga/jo odbija neka hrana?

- Pije dosti tekočine ali ne? Želi hladno?

- Ima vetrove? Napihnjenost? Kdaj največ?

- Ima kakšne bolečine? Kje? Kakšen tip bolečine ima (če zna opisati)?

- Alergije so prisotne? Na kaj?

- Če ima prisoten kašelj, kakšen je? Moker ali suh? Ga boli v prsih? Mu/ji se stanje poslabša zvečer, ponoči, preko dneva, zjutraj? Je pri kašlju prisotna slabost, bruhanje?

- Ima vrtoglavice? Slabost? Glavobol? Kdaj?

- Vnetja so prisotna?

- Kako spi? Dobro? Se pogosto zbuja? Kdaj se zbuja, ob koliko uri? Spi najraje na trebuhu, levem boku, desnem, hrbtu? Se zjutraj težko dvigne iz postelje? Hrka, škrta z zobmi dokler spi? Ima žive sanje, ima nočne more?

-Kakšna mu/ji je energija? Je pogosto utrujen/a? V kateri dobi dneva je najbolj utrujen/a?

- Mu/ji izpadajo lasje? Ima mastne lase? Ima prhljaj?

- Kakšna mu/ji je koža? Suha, mastna? Ima kožne tegobe? Rdečica, hrapava koža, ekcem, atopijski dermatitis, bradavice?

- Kakšni so otroku nohti? Se lomijo, so spremenili barvo? Ima glivice? Ima vneto kožo ob nohtu? Grize nohte?

- Je sklon/a aftam, herpesu? Ima suhe ustnice, raspokane? Ima pogosto vnetje dlesni, krvavenje dlesni? Pogosto kiha?

- Obvezno odgovorite:

*Soglasen/a sem, da lahko koristite moje (podatke mojega otroka) zgoraj navedene podatke v namen homeopatskega svetovanja. Soglasen/a sem, da lahko kdajkoli prekličem dano dovoljenje (da/ne)*

*Silicea Terra, - Klasična homeopatija i Nutricionizam*