***ОПРОСНИК ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ ДЕТЕЙ***

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рост и вес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: муж/жен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя отца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя матери: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Национальность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом. Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моб. Тел. Отца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моб. Тел. Матери: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail отца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail матери: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нам нужны следующие данные о симптомах вашего ребенка. Какие у него жалобы?

С какого времени у ребенка эти жалобы?

Локализация: укажите точную локализацию ощущений, боли или кожных высыпаний. Также опишите, в какие области тела ребенка распространяется боль/ощущение.

Что послужило причиной возникновения проблемы: можете ли вы проследить связь имеющейся проблемы с какими-либо конкретными обстоятельствами, несчастным случаем/происшествием, болезнью, событием или эмоциональным расстройством? (например: шок, волнение, ошибки в режиме питания, переохлаждение, перегрев и т.д.)

Какие факторы влияют на состояние здоровья вашего ребенка? (например: погода, еда, психическое давление, тревожность и т.д. или что-то еще)

Укажите, как каждый упомянутый фактор влияет на ребенка (уменьшает или усиливает жалобы) (например: головная боль усиливается даже от недолгого пребывания на солнце; головная боль уменьшается от надавливание на голову).

**Перенесенные ребенком заболевания-**

**-**

**-**

**-**

**Семейный анамнез (болезни членов семьи):** (заполняется только родителями)

Мать -

Отец -

Бабушки и дедушки (со стороны обоих родителей) –

**Перечень основных болезней** –анемия, рак, диабет, безумие, ревматизм, туберкулез, плеврит, проказа, эпилепсия, припадки, склонность к кровотечениям, крапивница, экзема, астма, паралич, гипертензия, проблемы с сердцем, почками, печенью и т.д.

Были ли какие-то другие проблемы в росте и развитии ребенка?

Чтобы лучше понять эмоциональные и интеллектуальные особенности вашего ребенка, мы зададим целый ряд вопросов. Ваши честные, точные и полные ответы помогут нам назначить правильные препарат вашему ребенку. Наше назначение также поможет улучшить психическое состояние ребенка.

Как вы в целом опишите вашего ребенка? какой он по натуре? Что это за личность?

Каков ваш ребенок по сравнению с другими детьми?

1. Как на вашего ребенка влияет основная проблема и связанные с ней жалобы?
2. Опишите необычные ощущения ребенка во время стрессовых ситуаций, таких как ночные кошмары, страхи, перед экзаменами, во время каких-либо событий.
3. Какие у него/нее страхи (реальные и/или воображаемые)?
4. Было ли в его/ее жизни какое-либо событие, которое оставило на нем/на ней сильный след? Опишите подробно.
5. Какие рассказы/сказки он/она любит слушать/читать?
6. Опишите подробно его/ее фантазии/воображаемые ситуации.
7. Какие сны (в настоящее время и в прошлом)?
8. Какие у него/нее бывают ночные кошмары?
9. Какие у него/нее интересы и хобби?

       

       

1. Опишите его/ее любимые игрушки, игры/ТВ сериалы, героев мультфильмов, фильмов.
2. Как у него/нее со спортом и другими активными видами деятельности?
3. Любит ли он/она рисовать? Какие цвета предпочитает?
4. Чем еще любит заниматься ребенок?
5. Опишите те черты и качества вашего ребенка, которые отличают его/ее от других детей, которые являются его\ее уникальными качествами.
6. Кем он/она хочет стать, когда вырастет? К чему стремится (амбиции)?
7. Кого ваш ребенок идеализирует и почему? Кто для него/нее предмет восхищения и подражание? Что именно восхищает вашего ребенка в этом человеке/персонаже?
8. Его/ее поведение и взаимоотношения с родителями, учителями, друзьями, родственниками. Какие их качества вызывают восхищение вашего ребенка?
9. Его/ее поведение в школе; что про вашего ребенка говорит его/ее учитель?
10. Какие вопросы ваш ребенок задает своим родителям, родственникам и учителям?
11. Что он/она думает про ваш город, страну, мир?
12. Из-за чего ваш ребенок будет плакать или смеяться?
13. Что вызовет у вашего ребенка гнев или раздражение?
14. Чем занимается ваш ребенок, когда остается один?
15. Перечислите пять главных желаний вашего ребенка.

***История жизни Вашего ребенка.***

***Есть ли аллергии? На что?***

***Реакция на жару/холод.***

***Что любит из еды?***

***Какая любимая еда?***

***Вкусовые предпочтения: сладкое/кислое/горькое.***

***Что из еды терпеть не может?***

***Положение во сне.***

***Потеет ли? Какая часть тела потеет больше?***

***Что-то необычное, особенное про ребенка.***

***Когда и какая последняя прививка была сделана?***

***Привычки ребенка.***

***История матери во время беременности:***

1. Беременность была запланированная или не запланированная?
2. Опишите обстоятельства Вашей жизни в период зачатия (били ли стрессы).
3. Какие изменения в себе Вы наблюдали?
4. Расскажите об изменениях в Вашей личности/характере и поведении в период с момента зачатия и до родов.
5. Замечали ли Вы в отношение себя какие-то необычные или особенные явления, которые, по Вашему мнению, не были Вам свойственны, а появились во время беременности?
6. Были ли какие-то события во время беременности, которые глубоко на Вас повлияли? Опишите свои чувства, мысли или ощущения, связанные с этим событием.
7. Какие сны у Вас были во время беременности? (также, расскажите о снах в период зачатия). Были ли у Вас какие-либо повторяющиеся сны, которые Вас сильно впечатлили?
8. Какие у Вас были мысли, фантазии и представления о Вашем ребенке во время беременности?
9. Были ли у Вас во время беременности какие-либо необычные мысли? Опишите подробно. Как Вы на это реагировали?
10. Испытывали ли Вы в этот период какие-либо необычные ощущения/движения в теле? Опишите все эти ощущения/то, что испытывали.
11. Были ли у Вас в этот период какие-либо страхи или ночные кошмары?
12. Изменились ли во время беременности Ваши интересы и хобби?
13. Did you observe any change in your relationship with people during this period? What was it? Изменилось ли что-то во время беременности в Ваших взаимоотношениях с людьми? Что именно?
14. Были ли какие-либо изменения в Ваших предпочтениях в еде (очень сильно чего-то хотелось или отвращение к какой-то еде)?
15. Менялась ли во время беременности Ваша чувствительность к жаре/холоду?
16. Наблюдали ли Вы у себя во время беременности какие-то общие изменения (например: аппетит, жажда, потоотделение, сон, пищеварение, стул, мочеиспускание)?
17. Сексуальное желание во время беременности.
18. Были ли у Вас какие-либо болезни во время беременности??
19. Принимали ли Вы какие-либо лекарства во время беременности?

**Пришлите фотографии языка, лица и ногтей ребенка.**

**Перечислите все гомеопатические препараты, которые принимал ваш ребенок.**

***Пожалуйста, отправьте вашу анкету на почту Татьяне Вороной***

***tvoronaya@yandex.ru***