

HOMÖOPATHISCHER FRAGEBOGEN FÜR KINDER
(Bitte rechtzeitig zurücksenden)

WICHTIGER HINWEIS AN SIE, LIEBE ELTERN

Ihr Termin:

Bitte genau und gründlich ausfüllen! Lesen Sie jedes Wort einzeln durch und fragen Sie sich, ob in bezug auf diese Angaben bei Ihnen einmal etwas gewesen ist. Auch frühere Krankheitserscheinungen sind wichtig, darum beziehen sich alle Fragen auf das ganze Leben! Geben Sie bei jeder Beantwortung auch die großen "W's" mit an: Was, wo, wohin, wann, seit wann, wie lange, wie, wodurch besser oder schlechter, wodurch ausgelöst? Wenn bei den angeführten Beispielen für Sie eines in Frage kommt, dann unterstreichen Sie es und geben am Rand die nötigen Erläuterungen in bezug auf die "W's", die Beispiele sollten nur Anregungen für Sie sein; wenn etwas nicht vorkommt, dann schildern Sie es mit Ihren eigenen Worten.

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN:

NAME:

VORNAME:

ADRESSE:

PLZ/ORT:

TEL.P:

TEL.G:

GEBURTSDATUM.:

WIEVIELE GESCHWISTER:

NAME UND VORNAME DER ELTERN:

MUTTER:

VATER:

Bitte legen Sie ein aktuelles Foto von Ihrem Kind bei.

MEINE FRAGE:

IHRE ANTWORT:

Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?

Was, evtl. Diagnose durch Ärzte, Spitäler?

Seit wann? Wo? Wie?

Zu welcher Zeit (Jahreszeit, Tageszeit, periodisch usw.)?

Wodurch besser oder schlechter (Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, usw.)?

Wodurch ausgelöst, usw.?

Welches sind die äusseren oder inneren Umstände die dazu führten (Wetter, Unfall, Kummer, Ärger, Arbeit)?

Welche Medikamente nimmt es ein oder hat es in letzter Zeit eingenommen?

Familienvorgeschichte:

Gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Grossonkel, Grosstanten, Geschwister) irgendwelche Krankheiten? z.B. Krebs, Tuberkulose, (TB, Tbc)

Hautkrankheiten, Schuppenflechte, Neurodermitis, Geschlechtskrankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, Selbstmord, Suchtkrankheiten wie Alkoholismus, Nikotin, Drogen, Tabletten.

Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Nierensteine, Gallensteine, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Malaria, AIDS oder anderes?

(Bitte so genau wie möglich nachforschen!)

Schwangerschaft / Geburt:

Verlauf der Schwangerschaft / Untersuchungen (Fruchtwasser-U. etc.) Impfungen / Blutgruppen-Unverträglichkeit / Bluttransfusion / Virusinfekte / sonstige Erkrankungen, Aufregungen, Unfälle, schockartige Erlebnisse ?

Vorausgegangene Fehlgeburten / Frühgeburt / Totgeburt, wann? Mögliche Ursache?

Nikotin / Alkohol / Drogen / Medikamente?
Wieviel? Wann?

Wehenhemmende / wehenfördernde Mittel?
Wenn ja, in welchem Monat.

Schwangerschaftserbrechen ? Wie lange? Wie schwer?

Blutungen während der Schwangerschaft? In welchem Monat?
Behandlung?

Drohende Fehlgeburt? Drohende Frühgeburt?
Frühgeburt? In welcher Woche?

Lage des Kindes?

Entbindung mit Saugglocke / Zange / Kaiserschnitt?

Sonstige Beschwerden während dieser Zeit?

Neugeborenenperiode:

Geburtsgewicht / Größe

Sofort geschrien? Atemstörungen? Blau, gekrampft?
Geburtsgeschwulst / Hirnblutung?
Nabelschnurstrangulation?

Schlüsselbeinbruch ? - links / rechts?

Gelbsucht? - Wie lange, wie stark?
Brutkasten / Wärmebettchen?

Nabelbruch? Leistenbruch? - angeboren / erworben?

Nabelentzündung ? Absonderung?

Schiefhals? - rechts / links?

War Ihr Säugling apathisch / hat er ständig geschrien?

Wie lange haben Sie Ihr Kind voll gestillt?
Wie lange teils? - Gab es Probleme beim Stillen?

Trinken unauffällig / schlechter Trinker / viel erbrochen?

Gab es in den ersten 4 Wochen akute Erkrankungen?

Wurde Ihr Kind in den ersten Lebenswochen geimpft?
Welche Impfungen?

Gab es da auffällige Über- oder Unterreaktionen?

Haben Sie als stillende Mutter im Wochenbett Medikamente erhalten - Wenn ja, welche? / Weshalb?

Sonstige Auffälligkeiten während dieser Zeit?

Geistige / körperliche / statomotorische Entwicklung:

Liegt eine angeborene / erworbene Behinderung vor?

Wann reagierte Ihr Kind zum ersten Mal auf Ansprache?

Wann sinnvolles Sprechen?

Stottert / lispelt es, sonstige Sprachfehler? Seit wann?

Wann Fontanellenschluss?

Wann erste Zähne? / Erschwerte Zahnung?

Wann Aufstützen auf die Hände / Drehen vom Bauch auf den Rücken / Drehen vom Rücken auf Bauch / Sitzen koordiniertes Krabbeln / Stehen / freies Laufen ?

Grössenwachstum normal / verzögert / beschleunigt ?

Wann ist Ihr Kind sauber geworden?

Wirkt Ihr Kind altersgemäss?

Neigungen zu bestimmten Erkrankungen

Neigung zu häufigen:

Mittelohrentzündungen (eitrig?), Mandelentzündung (eitrig?), Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitiden, Lungenentzündungen, Krupp bzw. Pseudokrupp, Erkältungskrankheiten, sonstige (fiebrhaften) Infekte, Fieberkrämpfe?

Krampfneigung? Epilepsie?

Hat Ihr Kind ein Zucken (z.B. Augen, Mundwinkel, usw.)
Eine sich häufig wiederholende Bewegung?

Hat es schon einmal Krämpfe irgendwelcher Art gehabt?
Nach der Geburt? Nach einem Unfall?
Fieberkrämpfe? Bei bestimmten Ängsten? etc.

Treten die Krämpfe nur einseitig auf? rechts / links / ganzer Körper?

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 / glitzernden Gegenständen, seit Geburt, periodisch, bei Vollmond?

Kinderkrankheiten:

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Windpocken, Pfeiffersches Drüsenfieber.

Wie wurde behandelt?
Welche Medikamente?

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

Gab es Komplikationen? Wenn ja, bitte beschreiben?

Impfungen:

Welche Impfungen / Wiederholungsimpfungen hat Ihr Kind erhalten? TBC (Tuberkulose)

-
- Polio (Kinderlähmung)
- DTP (Diphtherie), Tetanus, Pertussis (Keuchhusten),.....
- MMR (Masern,Mumps,Röteln)
- HIB (Haemophilus Influenza B)
- Grippe
- Zecken
- FSME
- Tollwut
- Sonstige

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.

Allgemeines:

Rechts- / Linkshänder

Ist Ihr Kind zu mager? Trotz guten Appetits?

An welchen Stellen besonders (z.B. Hals, Beine etc.)?

Ist Ihr Kind zu dick? An welchen Körperregionen besonders?

Friert Ihr Kind sehr leicht oder ist es ein ausgesprochen warmes Kind?

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich?

Ist es empfindlich gegen Gerüche?

Haben Sie bei Ihrem Kind einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen

(ZB. sauer, fischig, muffig, nach Stuhl)?

Wann? / Trotz Waschen oder Baden? Wo am Körper?

Trägt es enganliegende Kragen oder enge Gürtel?

Verträgt es ein Lätzchen um den Hals?

Verträgt es Wolle auf der Haut?

Läßt sich Ihr Kind gerne baden oder hat es Angst davor?

Gibt es Symptome / Beschwerden, die immer wieder auftreten (stunden-, tageweise, alle paar Monate, Jahreszeiten)?

Gibt es Krankheitszeichen, die durch bzw. nach der Behandlung eines anderen Krankheitsbildes entstanden sind?

Bestehen Beschwerden seit einem Schreck- oder Schockerlebnis?

Gibt es eine auffallende Seitenbetonung? Vorwiegend

linksseitige / rechtsseitige Symptome?

von links nach rechts wandernd oder umgekehrt, hin und her wandernd, herumwandernd an verschiedenen Stellen?

Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich? Sehr kitzelig?

Wo besonders (ZB. an der Wirbelsäule)?

Möchte es dauernd getragen werden?

Gab es Unfälle / Knochenbrüche / Gehirnerschütterung / Operationen / Spitalaufenthalte aus anderen Gründen?

Nennen Sie alle Medikamente, die Ihr Kind bislang erhalten hat.

Witterungseinflüsse:

Welches Wetter liebt Ihr Kind?

Wie reagiert es auf Sonne / Regen?

Ist es anfällig für Zugluft / Schneeluft / starken Wind /

Nebel / bei bzw. vor Gewitter / bei bzw. vor Sturm /

Vollmond / Neumond / zu- oder abnehmendem Mond?

Zeiten:

Welche Jahreszeit liebt Ihr Kind ganz besonders?

Wann fühlt es sich deutlich schlechter?

Zu welcher Zeit ist Ihr Kind besonders weinerlich,
schläfrig, hungrig, schwierig?

Zu welcher Zeit sind seine Beschwerden / Schmerzen
am intensivsten? - morgens / vormittags / mittags / nachmittags /
abends / nachts / vor oder nach Mitternacht / eindeutig
zu einer ganz bestimmten Uhrzeit? - Wann?

Schlaf:

Wie ist der Schlaf? - unauffällig / sehr leicht / unruhig /
verspätetes Einschlafen / zu frühes Erwachen.

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund / Augen?

Rollt es mit dem Kopf beim Einschlafen?

Schläft es mit nach hinten geneigtem Kopf?

Braucht es Wärme oder warmes Zudecken?

Sind die Füße zu heiß und werden unter der
Decke hervorgestreckt?

Zuckt es im Schlaf zusammen? Fährt es auf?

Schreit es öfter nachts auf?

Wandert es zeitweise nachts umher?

Kommt es zu den Eltern / Geschwistern ins Bett?

Knirscht es mit den Zähnen?

Träumt Ihr Kind oft? - Angstträume? Träume mit sich
wiederholendem Inhalt?

Spricht es im Schlaf?

Muss es gewiegt und getragen werden?

Näßt es ein? - Wann und seit wann?

Schwitzt es? Wann besonders? Wenn ja, an welchen
Stellen, und wie riecht der Schweiß?

Schlaflage: Bitte beschreiben Sie die häufigste Lage Ihres Kindes?

Sonstige Auffälligkeiten?

Ess- und Trinkgewohnheiten:

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

Guter / schlechter Esser?

Ißt gut, nimmt aber nicht zu / u.U. dabei sogar abgemagert.

Heisshungeranfälle - zu bestimmten Zeiten, evtl. auch nachts?

Schwitzt während des Essens oder Trinkens.

Sonstige Gewohnheiten bzw. Auffälligkeiten?

Welche Speisen oder Getränke verträgt es nicht?

(U= Unverträglichkeit)

Nach welchen Speisen oder Getränken hat es ein ausgesprochenes Verlangen oder ist es geradezu gierig? **(V= Verlangen)**

Gegen welche Speisen oder Getränke hat es eine unüberwindliche Abneigung? **(A= Abneigung)**

Bier

Wein

Milch heiß/kalt

Kaffee

kalte Getränke

warme Getränke

Brot

Butter

Fette Speisen

Fisch

Geräuchertes

gut Gewürztes

Gemüse

Fleisch

Tabak

Peperoni

Anderes

Eis

Eier

Käse

Karotten

Kohl

Kartoffeln

Kuchen

Obst

Rohe Speisen

Salziges

Saures

Salate

Zwiebeln

Süßigkeiten

Schokolade

Knoblauch

Bitte mit **U**, **V** oder **A** zutreffendes markieren.

Wie ist der Durst?

Normal, groß, klein, nachts, lieber warm - kalt, usw.

Was trinkt es am liebsten?

Treten Beschwerden nach dem Essen oder Trinken auf?

Fieber:

Reagiert Ihr Kind schnell mit Fieber? - Aus welchen Gründen?

Wie hoch?

Hat Ihr Kind Durst bei Fieber? Worauf? - auf Kaltes / Warmes / in großen / kleinen Schlucken?

Schwitzt es bei Fieber?

Haben Sie fiebersenkende Mittel gegeben, Welche? Wann?

Hat Ihr Kind schon einmal einen Fieberkrampf gehabt? Wann?

Wie ist dieser verlaufen? Behandlung?

Kopf:

Schwindel:

Art des Schwindels? (Drehen, Taumeln, Neigung zu Fallen)

Mit Erbrechen, Übelkeit, Sehstörungen usw.?

Kopfschmerzen:

Ort, Zeitpunkt, Schmerz usw.

Begleitsymptome: Erbrechen, Kollapsneigung

Gibt es erkennbare Zusammenhänge oder auslösende

Ursachen (Schule, Sonne usw.)?

Gesicht:

auch Farbe, Lippen, Kiefer, Hautausschläge usw.

Augen:

Entzündungen, Bindehaut, Lider, Tränenfluss, Sehstörung usw.?

Schwach-, Kurz- oder Weitsichtigkeit?

Absonderungen?

Lichtscheu?

Augenfehlstellung? Schielen / einwärts / auswärts?

Ohren:

Entzündungen, Absonderungen, Geräusche, Hören, eiternde
Ohrläppchen, Hautausschläge, Furunkeln in Gehörgang, usw.

Nase:

Neigung zu Schnupfen / Heuschnupfen / Niesanfällen?

Art und Farbe der Absonderung (dick, dünn, mild, scharf,
gelb, grün, Krusten?)

Polypen? Wurden diese bereits operiert?

Besteht häufiges Nasenbluten?- Wann / Wie oft / Wie stark?

Geruchssinn, Nebenhöhlenerkrankungen, Verstopfung, Geschwüre,
Furunkel, Druck oder Schmerz in Nasenwurzel, usw.

Mund, Zähne:

Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluß, Geschwüre (Aphten),
Zahnfleisch, Zähne, Zahnungsschwierigkeit als Kleinkind,
schlechte Zähne, Wurzelentzündung, Amalgamfüllung, Fisteln usw.

Risse in Lippen / Mundwinkeln?

Speichelfluß?

Milchzähne: Wann erster Zahn? / Wann Zahnwechsel?

Stellung der Zähne? Zahnspange?

Frühzeitige Karies?

Sonstige Auffälligkeiten?

Hals:

Mandeln, Rachen, Kehlkopf, Stimme, Sprache, Luftröhre,
Schilddrüse, Drüsen, Speiseröhre, usw.
Gab es Krupp / Pseudokrupp?

Atmungsorgane:

Atembeschwerden? Atemgeräusche? Schleimrasseln, usw.?
Husten? Wann, Wie, Anfallsweise, wodurch
besser/schlechter, Nebenerscheinungen usw.?
Auswurf (Farbe usw.)?
Erkältungskrankheiten?
Asthma? Seit wann? Wonach ist der erste Anfall aufgetreten?
Ursache? Haben sich zuvor Hautausschläge durch Salben
oder Medikamente (Cortison?) gebessert?
Lungenentzündungen?
Sind fieberhafte Infekte mit Antibiotika / Penizillin behandelt worden?
Sonstiges?

Herz:

Hat Ihr Kind einen Herzfehler (angeboren / erworben)?
Herzschmerzen / Herzklopfen / Herzflattern / etc. - Wann?
Besteht eine Neigung zu Ohnmachten? - Wann?
Wodurch?
Sonstiges?

Verdauung:

Hat Ihr Kind einen ausgeprägten Blähbauch?
Unabhängig vom Essen?
Bauchschmerzen? Wo? Wann? Wie? Seit wann? usw.?
Bauchkrämpfe, Krämpfe vor dem Stuhlgang?
Stuhlgang: täglich, jeden Tag, Verstopfung, Durchfall,
Würmer, Tageszeit, hell, dunkel, schleimig, blutig, Geruch,
Form, schmerzlos, dranglos, viel Drang, erfolgloser Drang,
krampfartig, stechend, wundmachend, zurückschlüpfend?

Enddarm / Anus:

Bestehen Schmerzen und Juckreiz am After? Wann?
Hat Ihr Kind Hämorrhoiden / Einrisse / Fisteln / Hautausschläge /
Windeldermatitis - Seit wann? Durch scharfen Stuhl?
Sind die Körperöffnungen insgesamt gerötet?

Blase:

Gibt es anlagebedingte Fehlbildungen? Niere, Blase, Harnleiter?
Gibt es Nierenerkrankungen / Nierenbeckenentzündungen /
Blasenentzündungen / Krankheiten der Harnröhre?
Näßt Ihr Kind tags/nachts ein? Wann?
Einnässen auch tags bei Husten oder geringsten Gemütsregungen?
Wie ist der Urin? Farbe / Geruch / Menge?

Genitalien:

Genitalentwicklung äußerlich auffällig
(ZB. vorzeitige Schambehaarung)?
Buben: Hodenhochstand (seit Geburt / erst später)?
beide Hoden gleich groß? Schwellung bzw. Vergrößerung?
Mußte eine Phimose behandelt werden?
Mädchen: Gibt es einen Ausfluß? Farbe / Art / Seit wann?
Wann erste Regel?
Schmerzhafte Regel? Krämpfe? Andere Begleiterscheinungen?
Gibt es sonstige Störungen oder Auffälligkeiten?

Knochenbau / Haltung / Motorik:

Wirbelsäulenveränderungen, z.B. Skoliose?
Haltungsanomalien?
Trichter-/Hühnerbrust?
Knochenauswüchse? Knochenverbildungen? Wo?
Schnelles Längenwachstum?
Wachstumsschmerzen? Wo? Wann?
Knochenbrüche?
Gelenkerkrankungen?
Hüftgelenksdysplasie / Fussfehlstellungen?
Welcher Art? Wie wurde behandelt?
Häufiges Verstauchen der Fußgelenke?
Motorische Unsicherheit? Stolperneigung / Fallneigung?
Ungeschicklichkeit der Hände oder Beine?
Wie geschickt ist Ihr Kind z.B. beim Laufen, Klettern,
Fahrradfahren, Malen?
Sonstiges?

Extremitäten / Nägel:

Hat Ihr Kind kalte Hände / Füße?
Besteht Hand- , Fußschweiß? Übelriechend?
Wie sehen die Nägel aus?
Hat oder hatte Ihr Kind rissige oder eitrige Nagelbetten,
Umläufe, Niednägeln?
Eingewachsene Zehennägeln?
Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln / Zehennägeln?
Reißt es die Haut um die Nägel ab?
Sonstiges?

Haut:

Wie ist die Beschaffenheit der Haut? Trocken, feucht, fettig, Temperatur, Farbe, Absonderung, Schuppenbildung? Muttermale, rote Flecken, behaarte Male, Leberflecken? Warzen - Seit wann? Wo? Blutend? Schmerzhaft? Wurden Warzen oder Hautmale entfernt? Jucken ohne Hautausschläge? Mitesser, Akne, Furunkel, Abszesse, Ekzeme? Wann treten Hautausschläge auf? Winter / Sommer? Wechseln sich die Hautausschläge mit anderen Beschwerden ab? Allergien? Kratzt sich Ihr Kind blutig? Vermehrte Körperbehaarung? Wie reagiert Ihr Kind auf Insektenstiche? Sonstiges?

Schweiß:

Schwitzt Ihr Kind leicht? Bei welcher Gelegenheit? Schwitzt es stellenweise? Kopf, Stirn, Hinterkopf, Hals, Hände, Füße, Achseln? Schwitzt es am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes oder Gesichtes? Wie ist der Geruch des Schweißes?

Wundheilung:

Neigt Ihr Kind zu blauen Flecken, schon beim geringsten Stoß? Wie verläuft die Wundheilung? Gut, Eiterungen, Geht lange? Wiederaufbrechen der Wunde? Besteht eine Blutungsneigung? Gibt es überschüssendes Narbengewebe (Keloidbildung)?

Gemüt:

Ist Ihr Kind leicht ermüdbar? Ist es leicht erregbar, ja sogar übererregbar? Wie reagiert es? Zu welchen Gelegenheiten weint Ihr Kind? weint es sehr leicht? Ist es auffällig Schreckhaft? Bsp. Welche Ängste hat es? Hat es eine ausgeprägte Angst vor Spinnen / Schlangen / Insekten / Hunden / Katzen / Pferden / Kühen? wie reagiert es? Gibt es unerklärliche / eigenartige Ängste? Fürchtet es sich abends im dunkeln vor Geistern, Räubern?

Wie ist sein Selbstwertgefühl?
Ist es sehr schüchtern?
Neigt es zu depressiven Verstimmungen?
Ist es sehr wechselhaft in seinen Stimmungen?
Hat Ihr Kind Ausdauer z.B. beim Spielen?
Kann es alleine spielen?
Was war bisher der größte Kummer Ihres Kindes?
Findet Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern oder spielt es lieber alleine?
Wie verhält es sich bei fremden Menschen und in fremder Umgebung (z.B. im Kindergarten)?
Wie ist sein Sozialverhalten? Zeigt es Mitgefühl?
Ist es gar mitleidend?
Will es Mittelpunkt sein?
Liebt es Musik? Singt oder tanzt es gerne?
Wie reagiert Ihr Kind auf Widerspruch?
Neigt es zu Zorn- oder Wutausbrüchen?
Wirft es sich auf den Boden? Schlägt es mit dem Kopf gegen die Wand?
Ist es sehr ordentlich, evtl. sogar pedantisch?
Welche Hobbys hat es?
Wie steht es mit seiner Konzentrationsfähigkeit?
Hat Ihr Kind Lernprobleme? Rechnen / Lesen / Schreiben?
Welches ist sein Lieblingsfach?
Wie reagiert es auf Enttäuschung / Kummer / Sorgen?
Läßt es sich sofort trösten oder zieht es sich zurück?
Ist Ihr Kind unruhig, kann es still sitzen oder ist es ein Zappelphilipp?
Ist Ihr Kind ein Nein-Sager?

Bitte ergänzen Sie gegebenenfalls auf einem separaten Blatt weitere Merkmale.

Liebe Eltern

Wir danken Ihnen für die große Geduld die Sie uns entgegenbrachten beim Ausfüllen dieses langen ausgiebigen Fragebogens. Wenn die Möglichkeit besteht fragen Sie bei Ihren Eltern und Großeltern über alles genau nach. Vielleicht gibt es Dinge aus Ihrer Kindheit, die Sie nicht mehr wissen.

Bitte senden Sie ihn mir bis ca. 1 Woche vor Ihrem Termin zurück.

Besten Dank und mit freundlichen Grüßen.

Dieses Blatt nicht einschicken!

Mein

Termin:.....

Homöopathische Gemeinschaftspraxis

Daniel Jutzi, Homöopath NVS, eidg. dipl. Drogist
Alpenstrasse 23
3653 Oberhofen
Tel. 033 243 55 88
Beratungs-Telefon: 0900 555 003 (Fr. 2.-/Min.)
079 799 90 20 / 079 799 90 21 mit Rechnungsstellung

So finden Sie uns:
Bus-Linie ab Thun: Nr. 21



Bitte benützen Sie die gelb markierten Parkplätze mit der Bezeichnung "Privat".