

Klientenblatt Erwachsene

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____ Beruf: _____

Name und Adresse Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____ Empfehlung durch: _____

Ich möchte die Rechnungen per E-Mail erhalten: Ja Nein

Ich möchte News per Email erhalten: Ja Nein

Ich bitte dich/Sie, diesen Fragebogen zu lesen und genau auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Aufgrund dieses Fragebogens werden keine Diagnosen gestellt.

1. Anliegen? (Beginn, Verlauf, bisherige Therapien)

2. Welches Ziel / welche Ziele möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?

3. Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?

Nein Ja

4. Soziales Umfeld

Leben Sie alleine mit PartnerIn Familie mit __Kind/ern

5. Berufliche Tätigkeit / Beschäftigungssituation

körperlich geistig sitzend stehend im Freien drinnen

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? ja nein, weshalb nicht?

6. Sportliche Betätigung

keine gelegentlich regelmässig

Sportarten: _____

7. Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

8. Kraftquellen? Was tut Ihnen gut? Was mögen Sie am liebsten?

9. Erkrankungen, Symptome

Welche Erkrankungen, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen haben Sie zur Zeit oder sind Ihnen aus der Vergangenheit bekannt?

Organsysteme

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf / Blutdruck | <input type="checkbox"/> Sexualorgane – hormonelle Ungleichgewichte |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Magen |
| <input type="checkbox"/> Atemwege-Lunge | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Nasen-Hals-Ohren | <input type="checkbox"/> Dünndarm |
| <input type="checkbox"/> Kiefer-Zähne | <input type="checkbox"/> Dickdarm |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Niere |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> häufige Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Haare/Nägel |

Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)

Welche Bereiche sind betroffen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Schultergelenk | <input type="checkbox"/> ISG (Ileosakralgelenk) |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> Fussgelenk / Zehen |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk / Finger | <input type="checkbox"/> Andere: |

Nervensystem

Welche Bereiche sind betroffen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nervosität / Stress |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Verstimmungen |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Andere: |

Vegetative Unstimmigkeiten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen (allgemein, ungeklärter Herkunft) |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiss | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> Andere: |

Stoffwechsel

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nebenniere |
| <input type="checkbox"/> Weibliche / männliche Hormone | |

10. Gibt es gehäufte familiäre Erkrankungen, wenn ja, welche?

- Nein Ja _____

11. Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)

12. Einnahme Medikamente, Hormonpräparate, Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralien), pflanzliche Präparate?

13. Mögliche Belastungsfaktoren: Ist eines der folgenden Ereignisse in letzter Zeit eingetroffen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todesfall | <input type="checkbox"/> starke berufliche Belastung |
| <input type="checkbox"/> Scheidung /Trennung | <input type="checkbox"/> berufliche Neuorientierung / Wechsel /Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> schwere Erkrankung im Familien- oder Freundeskreis | <input type="checkbox"/> Umzug / Hausbau |
| <input type="checkbox"/> Probleme naher Angehörigen | <input type="checkbox"/> Gewalt / Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Belastung | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> Kündigung / Arbeitslosigkeit | |

14. Sind Sie RaucherIn?

- ja 5 10 20 mehr als 20 Zigaretten
- nein andere Rauchwaren

15. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- keine ab und zu regelmässig

16. Essgewohnheiten

Fertiggerichte / Kantine- oder Restaurant-verpflegung nie selten oft immer

spezielle Vorlieben, Heisshunger oder Abneigungen: _____

Unverträglichkeiten / Allergien: _____

17. Gewichtsprobleme

Körpergewicht Ist-Zustand:

Körpergewicht Soll-Zustand:

18. Unverträglichkeiten/Allergien

Nahrungsmittel Milben, Hausstaub Heuschnupfen Andere:

19. Umwelteinflüsse

Lärm Elektrosmog Andere:

20. Gibt es etwas Besonderes in Ihrem Leben, das noch berücksichtigt werden sollte?

Fragen an die Frau

1. Menstruationszyklus

Wie ist der Menstruationszyklus?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen zu stark | <input type="checkbox"/> Krämpfe / Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blutung zu schwach | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS) |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutung | <input type="checkbox"/> Verstimmungen / Depressionen |
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | |

Hormonpräparate Nein Ja

2. Schwangerschaft

Wie war/ist Ihre Schwangerschaft? Bei mehreren Kindern evtl. mehrere Farben benutzen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> unerfüllter Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Probleme naher Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> Todesfall | <input type="checkbox"/> finanzielle Belastung |
| <input type="checkbox"/> Scheidung / Trennung | <input type="checkbox"/> Kündigung / Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> schwere Erkrankung im Familien/Freundeskreis | <input type="checkbox"/> starke berufliche Belastung |
| <input type="checkbox"/> Gewalt / Missbrauch | <input type="checkbox"/> anderes: |
| <input type="checkbox"/> Umzug | |

3. Geburt

Wenn Sie an Ihre Geburt zurückdenken. Welche Emotionen hatten Sie dort. Bei mehreren Kindern evtl. mehrere Farben benutzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> so eine Geburt würde ich noch einmal wollen. | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte andere Vorstellungen. | <input type="checkbox"/> Hilflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Es wurde über mich bestimmt. | <input type="checkbox"/> Ausgeliefert sein |
| <input type="checkbox"/> Ich habe versagt. | <input type="checkbox"/> anderes: |
| <input type="checkbox"/> Angst / Panik | |

4. Menopause

Befinden Sie sich vor nach im Klimakterium

Haben Sie Beschwerden? nein ja

Nehmen Sie Hormonpräparate? nein ja, welche, seit wann

* Sollten sich später Änderungen der obigen Angaben ergeben, bitte ich dich/Sie, mir diese mitzuteilen.

Zusätzliche Informationen und DATENSCHUTZERKLÄRUNG

1. Die Kinesiologie ersetzt keine ärztliche Untersuchung/Behandlung.
2. Während der Kinesiologie Sitzung schlage ich verschiedene Unterstützungen vor, wie Blütenessenzen o.ä. Ob ich diese anwenden/einsetzen darf, entscheiden Sie. Falls notwendig, gebe ich auch Unterstützungs-Empfehlungen für Zuhause ab. Ob Sie diese durchführen möchten, liegt ebenfalls in Ihrer Verantwortung.
3. In der Kinesiologie sind Klientinnen und Klienten selbstverantwortliche Partner und Ihre Mitarbeit ist wesentlicher Bestandteil des Prozesses. Das Ziel ist Körper, Geist und Seele ins Gleichgewicht zu bringen. So wird der Zugang zum gesamten Potenzial an Fähigkeiten, Talenten und Wahlmöglichkeiten wiederhergestellt. Ich empfehle Ihnen, sich nach einer kinesiologischen Sitzung genügend freie Zeit einzuräumen.
4. Ihre Angaben sowie alle Informationen, die sich während der Behandlung zeigen, werden absolut vertraulich behandelt. Mehr unter Punkt 6 Datenschutzerklärung. Ich halte mich an die Schweigepflicht sowie an die Ethikrichtlinien des Berufsverbandes „KineSuisse“.
5. Der Tarif für eine kinesiologische Behandlung beträgt pro 5min CHF 12.50. Die Behandlung dauert in der Regel 60-90min. Den Rückforderungsbeleg für die Zusatzversicherung erhalten Sie monatlich. Im Verhinderungsfall melden Sie sich bitte 24 Stunden vorher ab, damit der Termin nicht verrechnet werden muss. Ab der 2. Mahnung wird eine Mahngebühr von CHF 20.00 erhoben.

6. DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, mich an die folgenden Regeln gemäss Datenschutzgesetz und Datenschutzverordnung zu halten. Zweck dieser Datenschutzerklärung ist es, Sie als meine Klient*in, über meinen Umgang mit Ihren persönlichen und sensiblen Daten, die in meiner Praxis gesammelt werden, zu informieren. Es werden nur solche Daten bearbeitet, die mit der therapeutischen Behandlung im Zusammenhang stehen. oder die für eine Information über allfällige Angebote relevant sind. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Daten, die ich mit ihrem Einverständnis aufgenommen habe, die Sie mir haben zukommen lassen oder die in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen (Telefonbuch etc.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Name, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit/zum Krankheitsverlauf, bereits gestellte Diagnosen und gegebenenfalls weitere Daten sein, welche Sie mir aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossier). Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patient*innendossier, resp. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen Software Healthadvisor. In diesen beiden Aufbewahrungsorten sind sämtliche an Ihren Daten vorgenommenen Bearbeitungsschritte inklusive der verantwortlichen Personen nachvollziehbar. Personen oder Institutionen (Versicherer etc.) werden Ihre Daten oder Teile davon ausschliesslich mit Ihrem expliziten Einverständnis zugänglich gemacht. Als Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis. Soweit Ihre Daten physisch gesammelt und bearbeitet werden, werden diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt. Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort etc.). Wo nicht kantonale oder andere gesetzliche Regelungen anders bestimmen, werden Ihre von mir gesammelten Daten zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in meiner Praxis gelöscht. **Die schriftliche Kommunikation zwischen meiner Praxis und Ihnen findet per E-Mail, WhatsApp, SMS oder Telegramm statt. Entweder mit einem üblichen Verschlüsselungsprogramm verschlüsselt oder – mit Ihrem schriftlichen Einverständnis – unverschlüsselt.** Als gegenwärtige oder ehemalige Klient*in können Sie von mir jederzeit ein Doppel aller Ihrer von mir gesammelten Daten in einem gängigen elektronischen Format verlangen. Nur physisch vorhandene Daten werden zu diesem Zweck gescannt und Ihnen als PDF oder in Papierform zugestellt. Die Daten werden Ihnen in der Regel kostenlos und innert maximal 30 Tagen übergeben.

Verantwortlich für sämtliche Fragen, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Wahrnehmung Ihrer Rechte stehen, bin ich, Ihre für Sie zuständige Therapeutin,

[Emina Kadic, Dipl. Komplementär Therapeutin AKT/HPS in der Methode Kinesiologie,](#)

[Gesundheitspraxis Balance, Zugerstrasse 47, 6330 Cham](#)

[Kontakt: kinemina.kinesiologie@gmail.com](mailto:kinemina.kinesiologie@gmail.com) oder 077 537 60 33

Ich bestätige die Richtigkeit der obenstehender Angaben im Fragebogen sowie bestätige ich die obigen Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ort und Datum _____

Unterschrift: _____