

Klientenblatt Kinder/Jugendliche

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____ Beruf: _____

Name und Adresse Hausarzt: _____

Name der Eltern: _____

Ich möchte die Rechnungen per E-Mail 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. Wunsch oder Ihr Ziel bei dieser Therapie?

3. Soziales Umfeld

_ Geschwister Eltern getrennt/geschieden

4. Schulische Themen

Schwierigkeiten mit: Konzentration Mathematik Lesen Schreiben aggressivem Verhalten

Mitschüler Lehrer mangelndes Selbstvertrauen Ängste / Prüfungsangst Nervosität

5. Sportliche Betätigung

keine gelegentlich regelmässig

Sportarten:

6. Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

7. Kraftquellen? Was tut dir/Ihnen gut? Was mögen Sie am liebsten?

8. Entwicklung

Verhaltensauffälligkeiten, Ticks motorische Schwierigkeiten sprachliche Schwierigkeiten

Wahrnehmungsstörungen Andere:

9. Welche Krankheiten, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen sind jetzt oder aus der Vergangenheit bekannt?

Organsysteme

- Herz-Kreislauf / Blutdruck
- Herzschrittmacher
- Atemwege-Lunge
- Nasen-Hals-Ohren
- Kiefer-Zähne
- Haut
- Augen
- Leber
- Gallenblase

- Sexualorgane – hormonelle Ungleichgewichte
- Magen
- Bauchspeicheldrüse
- Dünndarm
- Dickdarm
- Niere
- Blase
- häufige Infektionen
- Haare/Nägel

Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)
Welche Bereiche sind betroffen?

- Hals
- Schultergelenk
- Brust
- Ellbogen
- Handgelenk / Finger

- Hüfte
- ISG (Ileosakralgelenk)
- Knie
- Fussgelenk / Zehen
- Andere:

Nervensystem

Welche Bereiche sind betroffen?

- Depression
- Multiple Sklerose
- Gedächtnisschwäche
- Ängste

- Epilepsie
- Nervosität / Stress
- Verstimmungen
- Andere:

Vegetative Unstimmigkeiten

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Schwindel
- Verstopfung
- Durchfall
- Nachtschweiss

- Schmerzen (allgemein, ungeklärter Herkunft)
- Schlafstörungen
- Nachtschweiss
- Müdigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Bettnässen

Wetterfühligkeit

Andere:

Stoffwechsel

Schilddrüse

Nebenniere

Weibliche / männliche Hormone

10. Operationen, Unfälle, Krankheiten? (was, wann, wo?)

11. Einnahme Medikamente o.ä?

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

Todesfall

starke berufliche Belastung

Scheidung /Trennung

berufliche Neuorientierung / Wechsel /Ausbildung

schwere Erkrankung im Familien- oder Freundeskreis

Umzug / Hausbau

Probleme naher Angehörigen

Gewalt / Missbrauch

finanzielle Belastung

Andere:

Kündigung / Arbeitslosigkeit

13. Essgewohnheiten

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

spezielle Vorlieben, Heisshunger oder Abneigungen: _____

Unverträglichkeiten / Allergien: _____

14. Gewichtsprobleme

Körpergewicht Ist-Zustand:

Körpergewicht Soll-Zustand:

15. Gibt es etwas Besonderes im Leben, das berücksichtigt werden sollte?

16. Fragen an die junge Frau

17. Menstruationszyklus

Wie ist der Menstruationszyklus?

Blutungen zu stark

Krämpfe / Schmerzen

Blutung zu schwach

Prämenstruelles Syndrom (PMS)

Zwischenblutung

Verstimmungen /Depressionen

unregelmässig

Hormonpräparate Nein Ja

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

Zusätzliche Informationen

1. Die Kinesiologie ersetzt keine ärztliche Untersuchung/Behandlung.
2. Während der Kinesiologie Sitzung schlage ich verschiedene Unterstützungen vor, wie Blütenessenzen, Farben 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.
4. Ihre Angaben sowie alle Informationen, die sich während der Behandlung zeigen, werden absolut vertraulich behandelt. Ich halte mich an die Schweigepflicht sowie an die Ethikrichtlinien des Berufsverbandes „KineSuisse“.
5. Ich bin EMR-Registriert und bei den meisten Krankenkassen anerkannt. Informieren Sie sich bitte bei Ihrer Zusatzversicherung. Der Tarif für 60min beträgt CHF 150.-. Es wird im 5min Takt abgerechnet.
6. Das Absagen erfolgt mindestens 24 Stunden vorher, sonst wird der ganze Betrag in Rechnung gestellt. Ab der 2. Mahnung wird eine Gebühr von CHF 20.- verrechnet.
7. Ich empfehle dir/Ihnen, sich nach einer kinesiologischen Sitzung genügend freie Zeit einzuräumen.
8. Falls Sie Rechnungen per E-Mail angekreuzt haben, dann willigen Sie hiermit ein, dass Ihre Rechnungen elektronisch per E-Mail an Sie übermittelt werden. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Ihre Rechnungen besonders sensitive Informationen enthalten können. Sie sind sich bewusst, dass der elektronische Versand der Rechnungen über E-Mail unverschlüsselt erfolgt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können. Sie bestätigen mit der Unterschrift unten, dass Ihre Rechnungen auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin elektronisch übermittelt werden und Sie sich der dabei entstehenden Risiken für Ihre Persönlichkeit bewusst sind und in Kauf nehmen.

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

Ort und Datum _____

Unterschrift: _____



Kinemina Emina Kadic
Zugerstrasse 47
6330 Cham
+41 77 537 60 33
www.kinemina.ch
kinemina.kinesiologie@gmail.com