



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

1. Anliegen

Was führt Sie zu mir?

2. Ziel / Wunsch

Was möchten Sie mit der Therapie erreichen?

3. Medizinische Informationen

Haben Sie aktuelle Diagnosen oder Beschwerden?

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen oder Unfälle?

Nehmen Sie aktuell Medikamente oder sind Sie in ärztlicher Behandlung?

4. Ressourcen – Was tut Ihnen gut?

Was hilft Ihnen im Alltag? Was stärkt oder entspannt Sie? (Bewegung, Natur, Gespräche, Musik, kreative Tätigkeiten usw.)

5. Belastungsfaktoren

Was belastet Sie aktuell oder wiederkehrend im Alltag oder in Ihrem Leben?

(Stress, Beziehungen, Arbeit, Ängste, Schlaf, Ernährung, Umwelteinflüsse usw.)

6. Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit

- ☐ Ich bin bereit, mich aktiv mit einzubringen.
- ☐ Ich bin offen für Übungen und eigene Reflexion.
- ☐ Ich bin interessiert an einer ganzheitlichen Begleitung.

7. Therapeutischer Ansatz (einfach erklärt)

In der Kinesiologie gehen wir davon aus, dass Körper, Gefühle und Gedanken zusammengehören. Wenn etwas aus dem Gleichgewicht ist, kann das zu Beschwerden führen. Mit Hilfe von Muskeltests finden wir gemeinsam heraus, wo Spannungen oder Blockaden bestehen. Die Behandlung bringt Ihre Energie wieder ins Gleichgewicht und hilft, Ihre inneren Kräfte zu aktivieren. Sie gestalten den Prozess aktiv mit – Ihre Wahrnehmung und Ihr Mitwirken sind wichtige Teile des Weges zu mehr Wohlbefinden.

* 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. Es werden keine Diagnosen gestellt.
2. 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.
3. Ihre Angaben sowie alle Informationen, die sich während der Behandlung zeigen, werden absolut vertraulich behandelt. Mehr unter Punkt 5. Datenschutzerklärung. Ich halte mich an die Schweigepflicht sowie an die Ethikrichtlinien des Berufsverbandes „KineSuisse“.
4. Der Tarif für eine kinesiologische Behandlung beträgt pro 5min CHF 14.00. Die Behandlung dauert in der Regel 60-90min. Den Rückforderungsbeleg für die Zusatzversicherung erhalten Sie nach der Sitzung. 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.

5. 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 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: _____