

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. Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr(e) Ziel(e) erreicht haben?

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

Nein Ja

5. Soziales Umfeld

Leben Sie alleine mit PartnerIn Familie mit __Kind/ern

6. Berufliche Tätigkeit / Beschäftigungssituation

körperlich geistig sitzend stehend im Freien drinnen

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

7. Sportliche Betätigung

keine gelegentlich regelmässig

Sportarten:

8. Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

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

10. 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 | |

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

- Nein Ja

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

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

14. 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 | |

15. Sind Sie RaucherIn?

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

16. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- keine ab und zu regelmässig

17. Essgewohnheiten

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

spezielle Vorlieben, Heisshunger oder Abneigungen: _____

Unverträglichkeiten / Allergien: _____

18. Gewichtsprobleme

Körpergewicht Ist-Zustand:

Körpergewicht Soll-Zustand:

19. Unverträglichkeiten/Allergien

Nahrungsmittel Milben, Hausstaub Heuschnupfen Andere:

20. Umwelteinflüsse

Lärm Elektrosmog Andere:

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

22. Fragen an die Frau

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

23. Gab es einen ungewöhnlichen Schwangerschaftsverlauf? Wenn ja, bitte beschreiben

Nein

Ja ↓ bitte ankreuzen

- | | |
|---|--|
| <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"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Kündigung / Arbeitslosigkeit | <input type="checkbox"/> Andere: |

Geburt (es können auch mehrere Kreuze gemacht werden)

- unerfüllter Kinderwunsch
- Fehlgeburt
- Frühgeburt
- natürliche vaginale Geburt (**ohne** Einleitung, Medikamente, PDA, Saugglocke, Zange usw.)
- vaginale Geburt **mit** Eingriff (Einleitung, Medikamente, PDA, Saugglocke, Zange usw.)
- Kaiserschnitt nach erfolgloser vaginaler Geburt
- Notkaiserschnitt
- geplanter Kaiserschnitt
- anderes:

24. 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

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.
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. 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.
6. Ab der 2. Mahnung wird eine Mahngebühr von CHF 20.00 erhoben.
7. Ich empfehle 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: _____