

## Klientenblatt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Komplementärzusatz: ja  nein



In der Ausführung meiner Arbeit lasse ich mich von folgenden Grundsätzen leiten:

1. Ich handle nach meinem besten Wissen und Gewissen.
2. Ich behandle alle Angaben vertraulich.
3. Ich stelle keine Diagnosen.
4. Ich verwende den Muskeltest als Instrument um den Energiefluss festzustellen.
5. Ich wahre die Selbstverantwortung des Klienten/der Klientin.
6. Kinesiologie, Atlaszentrierung, NST wie auch PSE unterstützen den Zugang zu den eigenen Ressourcen, so dass das eigene Potential optimal genutzt und die Selbstheilungskräfte aktiviert werden können, um den Heilungsprozess zu fördern.
7. Ich arbeite lösungsorientiert.
8. Ich empfehle meinen Klienten/Klientinnen bei krankhaften Veränderungen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, resp. zu bleiben.

Ich habe das Informationsblatt für KlientInnen gelesen und dessen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Gesundheitszustand

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

Danke für Ihre Mitarbeit!

**1 Schilderung des Hauptanliegens** – Beginn, Verlauf, Therapien, falls Arzt- und Laborberichte vorliegen, bitte eine Kopie beilegen.

Bitte leer lassen

### 2 Angaben zur Person

Körpergrösse:

Gewicht:

### 3. Soziales Umfeld

Leben Sie  alleine  mit PartnerIn  Familie  
 mit \_\_Kind/ern

#### 4 Berufsbezeichnung

- körperlich  geistig  
 sitzend  stehend  im Freien  drinnen  
Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?  
 ja  nein, weshalb nicht?

#### 5. Sport / Bewegung

- Betätigung  keine  gelegentlich  regelmässig  
Sportarten:

#### 6 Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

#### 7 Erkrankungen, Symptome

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

##### Organsysteme

- |                                                                                                                 |                                             |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf                                                                         | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Atemwege-Lunge                                                                         | <input type="checkbox"/> Nasen-Hals-Ohren   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Kiefer-Zähne                                                                           | <input type="checkbox"/> Haut               |                                 |
| <input type="checkbox"/> Augen                                                                                  |                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> Leber                                                                                  | <input type="checkbox"/> Gallenblase        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Magen                                                                                  | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |                                 |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm                                                                               | <input type="checkbox"/> Dickdarm           |                                 |
| <input type="checkbox"/> Niere                                                                                  | <input type="checkbox"/> Blase              |                                 |
| <input type="checkbox"/> Sexualorgane – hormonelle Ungleichgewichte                                             |                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)<br>welche Bereiche sind betroffen? |                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> Hals                                                                                   | <input type="checkbox"/> Brust              | <input type="checkbox"/> Lenden |
| <input type="checkbox"/> ISG                                                                                    |                                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> Hüfte                                                                                  | <input type="checkbox"/> Schultergelenk     | <input type="checkbox"/> Knie   |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem (Psyche, Hormone, MS, Epilepsie...)                                       |                                             |                                 |

## Vegetative Störungen

- |                                                                      |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                               | <input type="checkbox"/> Migräne            |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                                   | <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen (allgemein, ungeklärter Herkunft) | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss      |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                             | <input type="checkbox"/> Müdigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen                     | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |
| <input type="checkbox"/> Nervosität                                  | <input type="checkbox"/> Ängste             |
| <input type="checkbox"/> Verstimmungen                               | <input type="checkbox"/> Depressionen       |
| <input type="checkbox"/> Andere:                                     |                                             |

## 8 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?

- nein  
 ja:

## 9 Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)

## 10 Was für Medikamente Nahrungssupplemente (Vitamine etc.), Hormonpräparate (Pille, Spirale etc.), Phytotherapeutika und dergleichen nehmen Sie zur Zeit ein?

## 11 Welche familiären Erkrankungen treten gehäuft auf?



## 17 Unverträglichkeiten/Allergien

- Nahrungsmittel
- Milben, Hausstaub
- Heuschnupfen
- Andere:

## 18 Umwelteinflüsse

- Lärm
- Elektrosmog
- Andere:

## 19 Welche(s) Ziel(e) möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?

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

## 21 Gibt es noch etwas, das nicht angesprochen wurde?

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

## Fragen an die Frau

Bitte leer lassen

### Menstruationszyklus

Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?

- ja
- nein,  Blutungen zu stark  Blutung zu schwach
- Zwischenblutung  unregelmässig
- Krämpfe / Schmerzen
- Prämenstruelles Syndrom (PMS)
- Verstimmungen / Depressionen

### Schwangerschaft/Geburt

- Sterilität / Infertilität / unerfüllter Kinderwunsch
- aussergewöhnlicher Schwangerschaftsverlauf:

- Geburten
- aussergewöhnliche Geburtsverläufe:

- Fehlgeburten (Abort)

### Menopause

Befinden Sie sich  vor  nach  im Klimakterium  
Haben Sie Beschwerden?

- nein
- ja

Nehmen Sie Hormonpräparate?

- nein
- ja, welche, seit wann