

Klientenblatt Kinder/Jugendliche

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Vorname der Eltern: _____

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

Danke für die 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

_ Geschwister Eltern getrennt/geschieden

4 Schulische Themen

Schwierigkeiten mit:

- Konzentration Mathematik Lesen Schreiben
 aggressivem Verhalten Mitschüler Lehrer
 mangelndes Selbstvertrauen Ängste / Prüfungsangst
 Nervosität Hyperaktivität
 Andere:

Abklärungen (schulpsychologischer Dienst, Arzt, etc.)

- nein ja, Diagnose:

5 Sport / Bewegung

Betätigung keine gelegentlich regelmässig
Sportarten:

6 Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

7 Entwicklung

- Verhaltensauffälligkeiten, Ticks
 motorische Schwierigkeiten
 sprachliche Schwierigkeiten
 Wahrnehmungsstörungen
 Andere:

8 Gab es einen ungewöhnlichen Schwangerschaftsverlauf?

9 Geburts-Komplikationen

- Frühgeburt Kaiserschnitt Andere:

10 Was für Behandlungen, Therapien und Untersuchungsmethoden wurden schon gemacht?

11 Welche Impfungen wurden gemacht und wann?

12 Kinderkrankheiten

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

Allergien-Immunsystem (Heuschnupfen, Milben, Nahrungsmittel...) welche?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Atemwege-Lunge |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Muskeln, Sehnen, Bänder, Wirbel) | <input type="checkbox"/> Augen |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren | <input type="checkbox"/> Verdauung |
| <input type="checkbox"/> Urogenitalapparat | <input type="checkbox"/> Zähne-Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

- Vegetative und psychische Störungen:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verstimmung | <input type="checkbox"/> Bettnässen |

14 Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)

15 Einnahme von Medikamenten, Nahrungsupplementen (Vitamine, Schüssler Salze etc.) und dergleichen?

16 Welche familiären Erkrankungen treten gehäuft auf?

17 Mögliche Belastungsfaktore: Ist eines der folgenden Ereignisse in letzter Zeit eingetroffen?

- Todesfall
- Scheidung /Trennung
- schwere Erkrankung im Familien- oder Freundeskreis
- Probleme naher Angehörigen
- finanzielle Belastung
- Kündigung / Arbeitslosigkeit
- starke berufliche Belastung
- berufliche Neuorientierung / Wechsel /Ausbildung
- Umzug / Hausbau
- Gewalt / Missbrauch
- Andere:

18 Essgewohnheiten

Fertiggerichte / Kantine- oder Restaurant-verpflegung

- nie selten oft immer
- spezielle Vorlieben, Heisshunger oder Abneigungen:

- Unverträglichkeiten / Allergien:

19 Gewichtsprobleme

Körpergewicht Ist-Zustand:

Körpergewicht Soll-Zustand:

Fragen an die junge Frau

Wie ist der Menstruationszyklus?

- Blutungen zu stark Blutung zu schwach
- Zwischenblutung unregelmässig
- Krämpfe / Schmerzen
- Prämenstruelles Syndrom (PMS)
- Verstimmungen /Depressionen
- Unterstützung mit Medikamenten, welche?

- Ich nehme ein Hormonpräparat (Pille, Spirale etc.)