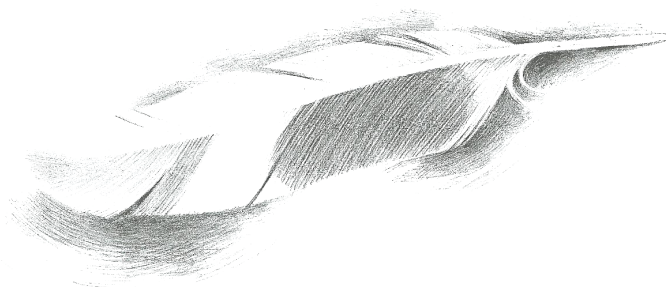


Kinesiologie & Co



Klientenblatt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ alternativer Zusatz: ja nein

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

1. Ich handle nach meinem besten Wissen und Gewissen.
2. Ich wahre jederzeit die Eigenverantwortung des Klienten/der Klientin.
3. Ich halte mich an das Berufsgeheimnis.
4. Ich empfehle meinen Klienten/Klientinnen bei krankhaften Veränderungen in jedem Fall einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, resp. In ärztlicher Behandlung zu bleiben.
5. Ich stelle keine Diagnose.
6. Ich verwende den Muskeltest als Instrument, um den Energiefluss festzustellen.

Ich habe das Informationsblatt für Klienten erhalten und dessen Inhalt zur Kenntnis genommen. Ebenfalls erkläre ich mich einverstanden, dass ich die Rechnungen und den Rückforderungsbeleg für die Krankenkasse elektronisch per E-Mail erhalte.

Datum: _____

Unterschrift: _____

fragebogen Zum Gesundheitszustand

Als Vorbereitung auf unser erstes Gespräch bitte ich Sie, diesen Fragebogen in Ruhe zu lesen und auszufüllen. Um Sie optimal betreuen zu können, ist es wichtig die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Aufgrund dieses Fragebogens werden keine Diagnosen gestellt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. **Schilderung des aktuellen Problems, der aktuellen Probleme, der Beschwerden -> Beginn, Verlauf, Dauer (falls Arztberichte, Blut- und Laborwerte vorliegen, bitte eine Kopie beilegen):**

Bitte leer lassen!

2. Angaben zur Person:

Körpergrösse: _____

Körpergewicht: _____

3. Soziales Umfeld:

Leben Sie

alleine

mit PartnerIn

mit Familie

mit __Kind/Kindern

4. Berufsbezeichnung:

körperlich geistig

sitzend stehend im Freien drinnen

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?

ja nein -> wieso nicht?

5. Sport / Bewegung:

Betätigung keine gelegentlich regelmässig

Sportart / Betätigung: _____

6. Ausgleichsaktivitäten / Hobbies:

7. Was für Behandlungen, Untersuchungsmethoden, Therapien etc. wurden schon gemacht?

8. Welche Erkrankungen, Symptome und Befindlichkeitsstörungen sind Ihnen jetzt oder aus der Vergangenheit bekannt?:

Bitte kreuzen Sie an und nennen Sie Art der Beschwerden:

Allergien – Immunsystem (Heuschnupfen, häufig Grippen,...): _____

Atemwege-Lungen: _____

Augen: _____

Bauchspeicheldrüse: _____

Bewegungsapparat: (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel):

Dickdarm: _____

Dünndarm: _____

Gallenblase: _____

Hals-Nasen-Ohren: _____

Harnblase: _____

Haut: _____

Herz-Kreislauf: _____

Leber: _____

Magen: _____

Nervensystem (MS, Epilepsie, Psyche): _____

Nieren: _____

Schilddrüse: _____

Sexualorgane – Hormonelle Ungleichgewichte: _____

Zähne – Kiefer (Gibt es ein Zahn, der Ihnen immer wieder Probleme macht?): _____

Anderes?: _____

Nicole Brenner-Bernardi

Dipl. Kinesiologin AP/KineSuisse – KomplementärTherapeutin mit eidg. Diplom
Oberrütiweg 2 – 9300 Wittenbach – 071 298 40 50 – 079 605 92 81

www.kinesiologie-und-co.ch – info@kinesiologie-und-co.ch – ZSR-Nr.: E415761

Vegetative und psychische Störungen:

- Aengste: _____
- _____
- Depressionen: _____
- _____
- Konzentrationsstörung: _____
- _____
- Kopfschmerzen – Migräne: _____
- _____
- Müdigkeit: _____
- _____
- Nachtschweiss: _____
- _____
- Nervosität: _____
- _____
- Schlafstörungen: _____
- _____
- Schmerzen: _____
- _____
- Schwindel: _____
- _____
- Verstimmungen: _____
- _____
- Wetterfühligkeit: _____
- _____
- andere: _____
- _____

9. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?

- ja: _____
- nein

10. Operationen, Klinikaufenthalte (Was, wann, wo?):

11. Narben (Wo?): _____

17. Essgewohnheiten:

Essen Sie Fertiggerichte / Kantinen- oder Restaurantverpflegung? nie selten oft immer
 spezielle Vorlieben und Gelüste, Heisshunger: _____

 Abneigungen gegen bestimmte Speisen: _____

 Unverträglichkeiten, Allergien: _____

18. Gewichtsprobleme:

Körpergewicht Ist-Zustand: _____

Körpergewicht Soll-Zustand: _____

19. Umwelteinflüsse:

Lärm: _____

Elektrosmog: _____

anderes: _____

20. Welche(s) Ziel(e) möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?

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

22. Gibt es noch etwas, das nicht angesprochen wurde?

Datum
Vielen Dank!

Unterschrift

fragen an die frau

Menstruationszyklus:

Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?

- ja
- nein: Blutung zu stark Blutung zu schwach
 - unregelmässig Krämpfe / Schmerzen
 - Prämenstruelles Syndrom (PMS) Zwischenblutungen Verstimmungen / Depression

Schwangerschaft und Geburt:

- Sterilität / Inferilität / 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: _____

Seit wann? _____