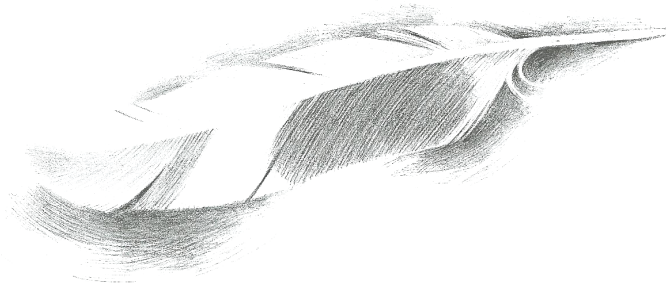


# Kinesiologie & Co



## Klientenblatt

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

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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 inkl. den Rückforderungsbeleg für die Krankenkasse elektronisch per E-Mail erhalte.

Datum:

Unterschrift:

# fragebogen Zum Gesundheitszustand

Als Vorbereitung auf unser erstes Gespräch bitte ich Dich, diesen Fragebogen in Ruhe zu lesen und auszufüllen. Um Dich 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 die 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:**

Lebst Du  
 alleine  
 mit Geschwistern: \_\_\_\_\_  
 mit Familie  
 mit einem Elternteil: \_\_\_\_\_  
 in WG

**4. Schulische Themen:**

Probleme mit:  
 Mathematik  Lesen  Schreiben  Konzentration  
 aggressivem Verhalten  Mitschüler  Lehrer  
 mangelndes Selbstvertrauen  Prüfungsangst  
 Nervosität  Hyperaktivität  
 Anderes: \_\_\_\_\_

Wurdest Du abgeklärt (schulpsychologischer Dienst, Arzt)?  
 nein  ja, Diagnose: \_\_\_\_\_

**5. Sport / Bewegung:**

Betätigung  keine  gelegentlich  regelmässig  
Sportart / Betätigung: \_\_\_\_\_

**6. Was machst Du besonders gerne:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Was kannst Du sehr gut:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Gab es einen ungewöhnlichen Schwangerschaftsverlauf?**

---

---

---

---

---

**9. Geburts-Komplikationen?**

- Frühgeburt    Übertragungen/Einleitung    Kaiserschnitt  
 Anderes: \_\_\_\_\_

---

---

**10. Gab es Probleme in der Entwicklung?**

- motorische Schwierigkeiten    Verhaltensauffälligkeiten  
 Wahrnehmungsstörungen    sprachliche Schwierigkeiten  
 Anderes: \_\_\_\_\_

---

---

**11. Welche Erkrankungen, Symptome und Befindlichkeitsstörungen sind Dir jetzt oder aus der Vergangenheit bekannt?**

Bitte kreuze an und nenn die 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: \_\_\_\_\_

---

---

---

Nicole Brenner-Bernardi

Eidg. Dipl. KomplementärTherapeutin Methode Kinesiologie

Oberrütiweg 2 – 9300 Wittenbach – 071 298 40 50 – 079 605 92 81

[www.kinesiologie-und-co.ch](http://www.kinesiologie-und-co.ch) – [info@kinesiologie-und-co.ch](mailto:info@kinesiologie-und-co.ch) – ZSR-Nr.: E415761

## Fragebogen zum Gesundheitszustand (Kinder / Jugendliche)

---

- 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: \_\_\_\_\_
- Vegetative und psychische Störungen:
  - Ängste: \_\_\_\_\_
  - Konzentrationsstörung: \_\_\_\_\_
  - Kopfschmerzen – Migräne: \_\_\_\_\_
  - Müdigkeit: \_\_\_\_\_
  - Nervosität: \_\_\_\_\_
  - Schlafstörungen: \_\_\_\_\_
  - Schmerzen: \_\_\_\_\_
  - Schwindel: \_\_\_\_\_
  - Verstimmungen: \_\_\_\_\_
  - andere: \_\_\_\_\_

### 12. Was für Impfungen wurden gemacht und wann?

---

---

---

---

---

**13. Bist Du zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?**

- ja: \_\_\_\_\_
- nein

**14. Operationen, Klinikaufenthalte (Was, wann, wo?):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**15. Narben (Wo?):** \_\_\_\_\_

---

---

---

**16. Was für Medikamente, Nahrungsmittelsupplemente (Vitamine etc.), Pflanzliche und Homöopathische Mittel und dergleichen nimmst Du ein?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**17. Welche familiären Erkrankungen traten gehäuft auf?**

---

---

---

---

---

---

**18. Ist eines der folgenden Ereignisse in der Familie oder im nahen Freundeskreis eingetroffen (Belastungsfaktoren)?**

- Todesfall
- Schwere Krankheit im Familien- oder nahem Freundeskreis
- Probleme naher Angehöriger
- finanzielle Belastung
- Scheidung / Trennung

- Kündigung / Arbeitslosigkeit
- berufliche Neuorientierung / Wechsel / Ausbildung
- starke berufliche Belastung
- Umzug / Hausbau
- Partnerschaftsprobleme
- Missbrauch
- anderes: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**19. Essgewohnheiten:**

- Isst Du Fertiggerichte / Kantinen- oder Restaurantverpflegung?  nie  selten  oft  immer
- spezielle Vorlieben und Gelüste, Heisshunger: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Abneigung gegen bestimmte Speisen: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeiten, Allergien: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**20. Gewichtsprobleme:**

Körpergewicht Ist-Zustand: \_\_\_\_\_  
Körpergewicht Soll-Zustand: \_\_\_\_\_

**21. Welche Ziele möchtest Du mit dieser Therapie erreichen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

## fragen an die junge frau

### Menstruationszyklus:

Bist Du mit Deinem Menstruationszyklus zufrieden?

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

### Schwangerschaft und Geburt:

aussergewöhnlicher Schwangerschaftsverlauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburten: \_\_\_\_\_

aussergewöhnliche Geburtsverläufe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fehlgeburten (Abort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abtreibungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_