



## INFORMATIONSBLETT FÜR KLIENTEN

Um dich optimal betreuen zu können, bitte ich dich, dieses Informationsblatt und den Fragebogen genau zu lesen, auszufüllen und mir bis spätestens zwei Tage vor unserem Termin zukommen zu lassen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Aufgrund deiner Antworten und während der kinesiologischen Begleitung werden keine Diagnosen gestellt.

Herzlichen Dank für deine Mitarbeit.

Name	_____	Geschlecht	_____
Vorname	_____	Geb.	_____
Strasse	_____	Tel. / Handy	_____
PLZ/Ort	_____	E-Mail	_____
Hausarzt	_____	Krankenkasse	_____
Beruf	_____	Zusatzvers.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		(Bitte bei der Krankenkasse abklären, ob Kosten gedeckt sind)	
Du lebst	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> mit deiner Familie	Kind/er	_____
		Name/n & Jahrgang	_____

### Folgende Grundsätze leiten mich und sind Basis meiner Arbeit:

- ☯ Ich handle und behandle nach bestem Wissen und Gewissen zu deinem Wohl.
- ☯ Als Komplementärtherapeutin sehe ich meine Arbeit als Ergänzung zur westlichen Medizin und anderen Behandlungsmethoden.
- ☯ Ich behandle all deine Angaben vertraulich und unterstehe der Schweigepflicht.
- ☯ Ich verwende den Muskeltest als Instrument zur Feststellung deines Energieflusses.
- ☯ Kinesiologie unterstützt den Zugang zu deinen persönlichen Ressourcen, so dass du dein eigenes Potential optimal nutzen und deine Selbstheilungskräfte aktivieren kannst und damit deinen Heilungsprozess förderst.
- ☯ Dein Mitwirken während und nach der Behandlung ist entscheidend für deinen Therapieerfolg.
- ☯ Ich arbeite lösungsorientiert.
- ☯ Ich empfehle dir bei Symptomen, die eine Krankheit anzeigen, dich in ärztliche Behandlung zu begeben resp. zu bleiben.

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## FRAGEBOGEN ZU DEINEM GESUNDHEITZUSTAND

Welches **Anliegen** möchtest du behandeln?

Bitte schreibe auf, in welchem Jahr die Symptome zum ersten Mal aufgetreten sind und ordne sie auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark).  
(Gibt es eine schulmedizinische Diagnose? Falls ja, wie lautet diese? Sofern Arzt- oder Laborberichte vorliegen: Bitte eine Kopie beiliegen.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Hast du bereits etwas unternommen, um das erwähnte Anliegen zu lindern? Falls ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

---

---

---

Bist du zurzeit oder warst du in den letzten Jahren in **ärztlicher Behandlung oder Therapie**?

(seelisch, psychisch oder körperlich)

---

---

---

### Krankheiten/Unfälle/Operationen/Spitalaufenthalte \* Symptome/Befindlichkeitsstörungen \* Schulmedizinische Diagnose

Welche Erkrankungen/Symptome oder Befindlichkeitsstörungen beschäftigen dich aktuell oder sind dir aus der Vergangenheit bekannt? Langzeiterkrankungen?  
Gibt es eine schulmedizinische Diagnose? Falls ja, wie lautet diese?

#### Organsysteme

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz   Kreislauf                                       | <input type="checkbox"/> Leber              | <input type="checkbox"/> Nasen   Hals   Ohren |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                                      | <input type="checkbox"/> Magen              | <input type="checkbox"/> Haut                 |
| <input type="checkbox"/> Atemwege   Lunge                                       | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Kiefer   Zähne       |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse  | <input type="checkbox"/> Gallenblase        | <input type="checkbox"/> Sexualorgane         |
| <input type="checkbox"/> Augen  | <input type="checkbox"/> Dünndarm           | Hormonelles Ungleichgewicht                   |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat<br>(Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel) | <input type="checkbox"/> Dickdarm           | <input type="checkbox"/> Nervensystem         |
| Was konkret:  | <input type="checkbox"/> Blase              | (Psyche, Hormone, MS, Epilepsie ...)          |

---



## Vegetative Störungen

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

Familiäre Erkrankungen, die gehäuft auftreten? \_\_\_\_\_

---

---

---

Welche **Medikamente**, **Nahrungsergänzungsmittel** (Vitamine, Mineralstoffe usw.),  
**Hormonpräparate** (Pille, Spirale ...), **pflanzliche Heilmittel** oder dergleichen nimmst du zurzeit ein?

---

---

---

Leidest du an **Schlafstörungen**? Falls ja, bitte beschreibe diese. \_\_\_\_\_

---

---

---

Beschreibe kurz deine **Ernährung** (Fertiggerichte / spezielle Vorlieben, Heisshunger, Abneigungen, usw.) \_\_\_\_\_

---

---

---

Wie ist deine **Verdauung** bzw. dein Stuhlgang? \_\_\_\_\_

---

---

---

Unverträglichkeiten / **Allergien** – wenn ja welche? \_\_\_\_\_

---

---

---





Welche/s **Ziel/e** möchtest du mit einer Therapie bei mir erreichen? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Woran erkennst du, dass du dein/e Ziel/e erreicht hast? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Gibt es etwas, das nicht angesprochen wurde? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Auf wessen Empfehlung kommst du zu mir? \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für dein Vertrauen und für deine Zeit, die du dir zum Ausfüllen dieses Fragebogens genommen hast.  
Ich freue mich, dich bald persönlich kennen zu lernen.**



## Fragen an die Frau

Bist du mit deinem **Menstrationszyklus** zufrieden?  ja  nein

Falls nein, weshalb:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen zu stark   | <input type="checkbox"/> unregelmässig       | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS) |
| <input type="checkbox"/> Blutungen zu schwach | <input type="checkbox"/> Krämpfe   Schmerzen | <input type="checkbox"/> Verstimmungen   Depressionen  |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen    |  |  |

## Schwangerschaft / Geburt

- Geburten  Sterilität | Infertilität | unerfüllter Kinderwunsch  Fehlgeburten (Abort)

Aussergewöhnliche Schwangerschaftsverläufe: \_\_\_\_\_

Aussergewöhnliche Geburtsverläufe: \_\_\_\_\_

## Menopause

Du befindest dich  vor  nach  mittendrin

Hast du Beschwerden?  ja  nein

Nimmst du Hormonpräparate  nein  ja

Welche und seit wann \_\_\_\_\_