



INFORMATIONSBLATT FÜR ELTERN / BETREUER*INNEN

Liebe Eltern / Liebe Betreuer*Innen

Das Ausfüllen dieses Informationsblattes und die Beantwortung der nachfolgenden Fragen ermöglichen mir eine gute Vorbereitung auf die erste Behandlung mit deinem/eurem Kind. Es ist für mich eine wichtige Grundlage, um das Kind optimal betreuen zu können. Ich bitte dich deshalb, den Fragebogen falls möglich gemeinsam mit deinem/eurem Kind auszufüllen und mir bis spätestens zwei Tage vor unserem Termin zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für eure Mitarbeit.

Name	_____	Geschlecht	_____
Vorname des Kindes	_____	Geb.	_____
Vornamen der Eltern	_____	E-Mail	_____
Adresse	_____	Hausarzt	_____
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____
Tel./Handy	_____	Zusatzvers.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bitte bei der Krankenkasse abklären, ob Kosten gedeckt sind)

Folgende Grundsätze leiten mich und sind Basis meiner Arbeit:

- ☯ Ich handle und behandle nach besten Wissen und Gewissen zum Wohl des Kindes.
- ☯ Als Komplementärtherapeutin sehe ich meine Arbeit als Ergänzung zur westlichen Medizin und anderen Behandlungsmethoden.
- ☯ Ich behandle alle Angaben vertraulich und unterstehe der Schweigepflicht.
- ☯ Ich verwende den Muskeltest als Instrument zur Feststellung des Energieflusses.
- ☯ Kinesiologie unterstützt den Zugang zu den eigenen Ressourcen. So wird das eigene Potential optimal genutzt und die Selbstheilungskräfte aktiviert, damit der Heilungsprozess gefördert wird.
- ☯ Euer Mitwirken während und nach der Behandlung ist entscheidend für den Therapieerfolg.
- ☯ Ich arbeite lösungsorientiert.
- ☯ Ich empfehle bei Symptomen, die eine Krankheit beim Kind anzeigen, es in ärztliche Behandlung zu begeben resp. zu bleiben.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____



KENNENLERNFRAGEN FÜR KINDER / JUGENDLICHE

Die Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung deinerseits erlaubt. Aufgrund der Antworten und auch während der kinesiologischen Begleitung werden keine Diagnosen gestellt.

Vorname _____ Name _____

Haustier _____ Lieblingstier _____

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 Jahre in **ärztlicher Behandlung oder Therapie**?

(seelisch, psychisch oder körperlich)



Aktuelle Grösse: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Familiäres Umfeld

Eltern getrennt / geschieden Geschwister: wie viele/wie alt/Jg.? _____

Lebst du bei den Eltern bei der Mutter beim Vater

bei Betreuungspersonen, bei wem? _____

Wie oft nutzt du **Medien** wie TV, PC, Tablet, Handy, Playstation, Gameboy u. a.?

gar nicht

gelegentlich (ein paarmal die Woche)

täglich weniger als eine Stunde

täglich mehr als eine Stunde: ____ Std.

meist alleine

meist mit anderen

Wie oft bewegst du dich? täglich wöchentlich gelegentlich nie

Wieviel Zeit in etwa verbringst du wöchentlich:

mit der Familie wenig oft viel

mit Freunden wenig oft viel

mit Hobbies wenig oft viel

mit Sport wenig oft viel

alleine wenig oft viel

Gab es einen ungewöhnlichen **Schwangerschaftsverlauf**? _____

Gab es Besonderheiten bei deiner **Geburt**? _____

Entwicklung

motorische Schwierigkeiten

Wachstumsstörungen

sprachliche Schwierigkeiten

Reaktionen auf Impfungen mit Fieber, Unwohlsein

Verhaltensauffälligkeiten, Ticks

andere: _____

Bist du gekrabbelt? ja nein

In welchem Alter hast du angefangen zu sprechen? _____

Gab oder gibt es Sprachschwierigkeiten? nein ja, welche? _____

Wann hast du angefangen zu laufen? _____

Gab oder gibt es motorische Schwierigkeiten? nein ja, welche _____



Welche **Impfungen** wurden gemacht und wann? _____

Kinderkrankheiten? _____

Bist du häufig krank? nie selten häufig

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

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Muskeln, Sehnen, Bänder, Wirbel) | <input type="checkbox"/> Nasen Hals Ohren |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herz Kreislauf | <input type="checkbox"/> Verdauung |
| <input type="checkbox"/> Allergien Immunsystem (Heuschnupfen, Milben, Nahrungsmittel) Was konkret: _____ | <input type="checkbox"/> Atemwege Lunge | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen Übelkeit |
| | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen Migräne | <input type="checkbox"/> Augen |
| | | <input type="checkbox"/> Kiefer Zähne |

Vegetative und psychische Störungen:

- | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängste Phobien | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Bettnässen Einnässen |
| <input type="checkbox"/> Verstimmungen | <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

Operationen | Spitalaufenthalte? _____

Nimmst du regelmässig **Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel** (Vitamine, Schüssler Salze usw.), **pflanzliche Heilmittel** oder dergleichen ein?

Familiäre Erkrankungen, die gehäuft auftreten? _____

Essgewohnheiten

spezielle Vorlieben _____ Abneigungen _____

Welche Mahlzeiten nimmst du regelmässig zu dir?

Frühstück z'Nüni Mittagessen z'Vieri Abendessen



Welche/s **Ziel/e** möchtest du mit deiner 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 euer Vertrauen und eure Zeit, die ihr euch zum Ausfüllen dieses Fragebogens genommen habt.
Ich freue mich, euch bald persönlich kennen zu lernen.**



Fragen an die junge Frau

Wie ist dein **Menstrationszyklus**?

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> regelmässig | <input type="checkbox"/> Verstimmungen Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Blutungen zu stark | <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> Ich nehme ein Hormonpräparat
(Pille, Spirale usw.) |
| <input type="checkbox"/> Blutungen zu schwach | <input type="checkbox"/> Krämpfe Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (PMS) | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung mit Medikamenten | | |
- Falls ja, welche _____
-