**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.**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 ❑ regelmässigSportarten:**6 Ausgleichsaktivitäten / Hobbies** | Bitte leer lassen  |
| **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?❑ Hautprobleme ❑ Atemwege-Lunge❑ Bewegungsapparat (Muskeln, Sehnen, Bänder, Wirbel)❑ Hals-Nasen-Ohren ❑ Augen❑ Urogenitalapparat ❑ Verdauung❑ Herz-Kreislauf ❑ Zähne-Kiefer❑ Kopfschmerzen, Migräne❑ Andere:❑ Vegetative und psychische Störungen:❑ Ängste ❑ Konzentrationsstörungen❑ Müdigkeit ❑ Nervosität❑ Schlafstörungen ❑ Schmerzen❑ Verstimmung ❑ Bettnässen**14 Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)** |  |
| **15 Einnahme von Medikamenten, Nahrungs-supplementen (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.) |  |