**Klientenblatt**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobile:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Sie, diesen Fragebogen zu lesen und genau auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Aufgrund dieses Fragebogens werden keine Diagnosen gestellt.

Danke für Ihre 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**Leben Sie❑ alleine ❑ mit PartnerIn ❑ Familie  ❑ mit \_\_Kind/ern**4 Berufsbezeichnung**❑ körperlich ❑ geistig❑ sitzend ❑ stehend ❑ im Freien ❑ drinnenSind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden? ❑ja ❑ nein, weshalb nicht?**5. Sport / Bewegung**Betätigung ❑ keine ❑ gelegentlich ❑ regelmässigSportarten:**6 Ausgleichsaktivitäten / Hobbies** | Bitte leer lassen  |
| **7 Erkrankungen, Symptome** Welche Erkrankungen, Symptome oder Befindlichkeits-störungen haben Sie zur Zeit oder sind Ihnen aus der Vergangenheit bekannt?**Organsysteme**❑ Herz-Kreislauf ❑ Herzschrittmacher❑ Atemwege-Lunge ❑ Nasen-Hals-Ohren❑ Kiefer-Zähne ❑ Haut❑ Augen❑ Leber ❑ Gallenblase❑ Magen ❑ Bauchspeicheldrüse❑ Dünndarm ❑ Dickdarm❑ Niere ❑ Blase❑ Sexualorgane – hormonelle Ungleichgewichte❑ Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel) welche Bereiche sind betroffen? ❑ Hals ❑ Brust ❑ Lenden ❑ ISG ❑ Hüfte ❑ Schultergelenk .❑ Knie❑ Nervensystem (Psyche, Hormone, MS, Epilepsie...) |  |
| **Vegetative Störungen**❑ Kopfschmerzen ❑ Migräne❑ Schwindel ❑ Wetterfühligkeit❑ Schmerzen (allgemein, ungeklärter Herkunft) ❑ Schlafstörungen ❑ Nachtschweiss❑ Müdigkeit❑ Konzentrationsstörungen ❑ Gedächtnisschwäche❑ Nervosität ❑ Ängste❑ Verstimmungen ❑ Depressionen❑ Andere:**8 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?**❑ nein❑ ja:**9 Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)** |   |
| **10 Was für Medikamente Nahrungssupplemente (Vitamine etc.), Hormonpräparate (Pille, Spirale etc.), Phytotherapeutika und dergleichen nehmen Sie zur Zeit ein?****11 Welche familiären Erkrankungen treten gehäuft auf?** |  |
| **12 Mögliche Belastungsfaktore: Ist eines der folgenden Ereignisse bei Ihnen 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: |  |
| **13 Sind Sie RaucherIn?**❑ja ❑ 5 ❑ 10 ❑ 20 ❑ mehr als 20 Zigaretten❑ nein ❑ andere Rauchwaren |  |
| **14 Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?**❑ keine ❑ ab und zu ❑ regelmässig |  |
| **15 Essgewohnheiten**Essen Sie Fertiggerichte / Kantine- oder Restaurant-verpflegung ❑ nie ❑ selten ❑ oft ❑ immer❑ spezielle Vorlieben, Heisshunger❑ Abneigungen❑ Unverträglichkeiten / Allergien |  |
| **16 Gewichtsprobleme** Körpergewicht Ist-Zustand:Körpergewicht Soll-Zustand: |  |
| **17 Unverträglichkeiten/Allergien**❑ Nahrungsmittel❑ Milben, Hausstaub❑ Heuschnupfen❑ Andere: |  |
| **18 Umwelteinflüsse**❑ Lärm ❑ Elektrosmog ❑ Andere:**19 Welche(s) Ziel(e) möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?****20 Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr(e) Ziel(e) erreicht haben?****21 Gibt es noch etwas, das nicht angesprochen wurde?**Datum UnterschriftVielen Dank! |  |
| **Fragen an die Frau****Menstruationszyklus****Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?**❑ ja❑ nein, ❑ Blutungen zu stark ❑ Blutung zu schwach ❑ Zwischenblutung ❑ unregelmässig ❑ Krämpfe / Schmerzen ❑ Prämenstruelles Syndrom (PMS) ❑ Verstimmungen /Depressionen **Schwangerschaft/Geburt**❑ Sterilität / Infertilität / unerfüllter Kinderwunsch❑ aussergewöhnlicher Schwangerschaftsverlauf:❑ Geburten❑ aussergewöhnliche Geburtsverläufe:❑ Fehlgeburten (Abort)**Menopause**Befinden Sie sich ❑ vor ❑ nach ❑ im KlimakteriumHaben Sie Beschwerden?❑ nein❑ jaNehmen Sie Hormonpräparate?❑ nein❑ ja, welche, seit wann | Bitte leer lassen |