

KLIENTENINFORMATION

Persönliche Daten

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

1. Telefon: _____

2. Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Komplementärzusatz: ja nein

Rechnung: Online Post

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 draussen drinnen

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?

ja nein, weshalb nicht?

5. Sport / Bewegung

Betätigung: keine gelegentlich regelmässig

Sportarten:

6. Ausgleichsaktivitäten / Hobbies

7. Erkrankungen, Symptome

Welche Erkrankungen, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen haben Sie zur Zeit oder sind Ihnen aus der Vergangenheit bekannt?

Organsysteme

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Atemwege-Lunge | <input type="checkbox"/> Nasen-Hals-Ohren |
| <input type="checkbox"/> Kiefer-Zähne | <input type="checkbox"/> Haut |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Dickdarm |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Sexualorgane – hormonelle Ungleichgewichte |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel) welche Bereiche sind betroffen? | <input type="checkbox"/> Nervensystem (Psyche, Hormone, MS, Epilepsie...) |
| <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Lenden <input type="checkbox"/> ISG | |
| <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Schultergelenk <input type="checkbox"/> Knie | |

Vegetative Störungen

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

8. Sind Sie zurzeit 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 zurzeit 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 andere Rauchwaren
 nein

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
Welche: _____
- 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?

In der Ausführung meiner Arbeit lasse ich mich von folgenden Grundsätzen leiten:

- Ich handle nach meinem besten Wissen und Gewissen und arbeite lösungsorientiert.
- Ich behandle alle Angaben vertraulich und stelle keine Diagnosen.
- Ich empfehle meinen Klienten/Klientinnen bei krankhaften Veränderungen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, resp. zu bleiben.
- Ich wahre die Selbstverantwortung des Klienten/der Klientin.
- Kinesiologie unterstützt den Zugang zu den eigenen Ressourcen, so dass das eigene Potential optimal genutzt und die Selbstheilungskräfte aktiviert werden können, um den Heilungsprozess zu fördern.
- Ich verwende den Muskeltest als Instrument um den Energiefluss festzustellen.

Ich habe das Informationsblatt für KlientInnen gelesen und dessen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift:

Wie sind sie auf meine Praxis aufmerksam geworden:

- Internet
- Empfehlung
- Sonstiges:

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank, ich freue mich auf Ihr Kommen.

schmid bewegt.
kinesiologie
Mirjam Schmid
KomplementärTherapeutin

Zellmatte 8
6214 Schenkon
Mobile 079 376 72 76
info@schmid-bewegt.ch
www.schmid-bewegt.ch

ZUSATZ: FRAGEN AN DIE FRAU

Menstruationszyklus

Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?

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

Schwangerschaft/Geburt

- Sterilität / Infertilität / unerfüllter Kinderwunsch
- aussergewöhnlicher Schwangerschaftsverlauf:
- Geburten
- aussergewöhnliche Geburtsverläufe:
- Fehlgeburten (Abort)

Menopause

- Befinden Sie sich vor nach im Klimakterium
- Haben Sie Beschwerden?
- nein
- ja, welche:

Nehmen Sie Hormonpräparate?

- nein
- ja, welche, seit wann: