

Klientenblatt Erwachsene

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Email _____

Geburtsdatum _____

Beruf / Tätigkeit _____

Hausarzt Name _____ Ort _____

Kontakt erlaubt Ja Nein

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Ja Nein

Fragebogen

Als Vorbereitung für unser Gespräch bitte ich Sie, diesen Fragebogen zu lesen und auszufüllen. Ihre Angaben behandle ich vertraulich und stelle damit keine Diagnosen.
Danke für Ihre Mitarbeit.

Schilderung des Anliegens

Bitte leer lassen



Welche Massnahmen wurden bisher getroffen?

Welches Ziel / welche Ziele möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem,
Behandlungsgrund?

- Nein
 Ja

Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsmittelergänzungen oder pflanzliche
Präparate ein?

- Nein
 Ja

Falls Sie über Arzt- bzw. Laborberichte verfügen, bitte eine Kopie beilegen.

Angaben zur Person

Körpergrösse _____ Gewicht _____

Soziales Umfeld

Sie leben alleine mit PartnerIn mit ___ Kindern

Berufliche Tätigkeit / Beschäftigungssituation

- sitzend stehend gehend
 körperlich geistig
 im Freien drinnen

Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden?

- Ja
 Nein, folgende Gründe



Bewegung

- keine gelegentlich regelmässig

Sportarten

Hobbies

Erkrankungen / Symptome

Haben Sie zurzeit Beschwerden, Krankheiten, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen? Sind Ihnen welche aus der Vergangenheit bekannt?

Organsystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lunge / Atemwege | <input type="checkbox"/> Hals / Nase / Ohren |
| <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf / Blutdruck | <input type="checkbox"/> häufige Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Haare / Nägel |
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Zähne / Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Dickdarm |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Sexualorgane, auch hormonelle Ungleichgewichte | |

- Bewegungsapparat** (Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)

Welche Bereiche sind betroffen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Schultergelenke | <input type="checkbox"/> ISG (Ileosakralgelenk) |
| <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> Fussgelenk / Zehen |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk / Finger | |

Nervensystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nervosität / Stress |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Verstimmungen |
| <input type="checkbox"/> Ängste | |

Vegetative Störungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, leichte Ermüdbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss |
| <input type="checkbox"/> allg. Nervosität | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |

Stoffwechsel

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nebenniere |
| <input type="checkbox"/> weibliche / männliche Hormone | |



Gibt es gehäufte familiäre Erkrankungen, wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen, Spitalaufenthalte (was, wann, wo?)

Mögliche Belastungsfaktoren

- Todesfall
- Scheidung / Trennung
- Schwere Erkrankung einer nahestehenden Person
- Probleme naher Angehöriger

- Kündigung / Arbeitslosigkeit
- finanzielle Belastung
- starke berufliche Belastung
- berufliche Neuorientierung / Wechsel / Ausbildung
- Umzug / Hausbau
- Gewalt / Missbrauch
- Andere

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja 5 10 20 mehr als 20 Zigaretten täglich

Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- nie ab und zu regelmässig

Essgewohnheiten

- spezielle Vorlieben / Heisshunger
- Abneigungen

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Gewichtsprobleme? Ja Nein

Unverträglichkeiten / Allergien

- Nein
- Ja

Umwelteinflüsse

- Lärm
- Elektrosmog
- Andere

Gibt es etwas, das Sie noch ansprechen möchten?

- Nein
- Ja



Datum _____

Unterschrift _____