

## Kundendaten:

Name:

Strasse / Ort:

Vorname:

E-Mail:

Geb.Datum:

Mobile:

Beruf:

Tel.P/G:

Name der Krankenkasse-Zusatz:

**Anamnese:** Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit zum ausfüllen nehmen, so erhalten wir einerseits ein ganzheitliches Bild von Ihnen und andererseits erkennen wir, wo Vorsicht in der Therapie geboten ist.

Was sind Ihre **aktuellen** Beschwerden? Seit wann? Ruhe-Belastung? Schmerzskala 1 - 10, 10=extrem stark

.....  
.....

hatten Sie in der Vergangenheit mit der Wirbelsäule/Nerven/Gelenken Probleme?  
(Wie z.B. Bandscheibenvorfall) Falls ja wo/was/wann genau? Waren Sie deswegen in Therapie? was?

.....  
.....

Operationen(Narben)&Jahr: .....

Unfälle&Jahr: .....

Leiden Sie an Osteoporose/Rheuma/Gelenkentzündungen? Falls ja welche: .....

Kopfschmerzen? Falls ja wie häufig und stark 1 bis 10 / was hilft? :.....

gibt es eine schulmedizinische Diagnose: .....

Organische Leiden:.....  
(Herz-Blutdruck-Blutverdünnung-Thrombose-Krampfader-Verdauung-Leber-Gallenblase-Magen-Darm-Niere-Blase-Hormone-Haut)

Medikamenteneinnahme: .....

Allergien: (auch Hautöle).....

Kinder? Familie(Erkrankungen/Traumata) Soziales:.....

Sport/Bewegung was/wie regelmässig: .....

Trinkmenge pro Tag:(Wasser/Tee) ..... Kaffeekonsum pro Tag:.....

aktuelle innere Stress Skala 1-10: .....falls hoch was hilft? .....

Schlafbeurteilung: (von einschlafen/durchschlafen) .....was hilft?.....

Sind Sie offen weitere Alternativen zur Selbstregulation kennen zu lernen?  ja  nein

Persönliche Zielsetzung.....

Wie sind Sie auf uns gekommen:.....

Dürfen wir Ihnen unseren Newsletter zukommen lassen? 3 bis 5 x jährlich  ja  nein  
Datum / Unterschrift: