

# KLIENTENBLATT

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Besten Dank für Ihr Vertrauen !

---

Name, Vorname .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Beruf / Tätigkeit .....

Zivilstand (ledig, verheiratet etc.) .....

---

**Ihr Anliegen** .....

.....

.....

.....

Gab es einen für Sie offensichtlichen Auslöser für Ihre Beschwerden ? Erkrankung, Unfall, Trauer, Kummer, Stress, Medikamente, Impfungen, oder anderes ? Welchen Grund ?

.....

.....

.....

Was alles ist dennoch gut in Ihrem Leben, obwohl Sie dieses Anliegen haben?

.....

.....

.....

Welche Massnahmen haben Sie bereits selbst ergriffen, um eine Veränderung zu erzielen ?

.....

.....

.....

---

## Familiäre Fragen an den Klienten / an die Klientin

Sind Sie ein Wunschkind?  Ja  Nein

Wurden sie adoptiert?  Ja  Nein

Treffen zu Ihrer Geburt eine oder mehrere der untenstehenden Punkte zu:  
(bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Kaiserschnitt  Frühgeburt  Übertragen  Nabelschnur um den Hals  
 Sterngucker  Brutkasten  Grünes Fruchtwasser  Not-Kaiserschnitt  
 anderes.....

Leben Ihre Eltern noch?  Ja  Nein

Wie ist / war das Verhältnis? .....

Haben Sie Geschwister / wie viele? ..... Lebende: ..... Verstorbene: .....

Wie ist / war das Verhältnis? .....

Haben Sie Kinder / wie viele? ..... Lebende: ..... Verstorbene: .....

Falls ja, wie ist / war das Verhältnis?.....

Hatte Ihre Mutter Frühgeburten oder Abtreibungen?  Ja  Nein

Wie war / ist Ihr Kontakt zu Grosseltern / Tanten / Onkeln? .....

Gab es in der Familie frühe Todesfälle? Krankheiten? Flucht- oder Kriegserlebnisse?  
.....  
.....

Wie sieht Ihr familiäres und soziales Umfeld heute aus ?  
.....  
.....

Gab es wichtige Partner/Partnerinnen vor Ihrer aktuellen Beziehung? Falls ja, wie gingen diese Beziehung(en) auseinander? .....

Frauen: hatten Sie Frühgeburten oder Abtreibungen?  Ja  Nein

Männer: hatte Ihre Partnerin/Frau od. frühere Partnerin Frühgeburten od. Abtreibungen?  
 Ja  Nein

Beschreiben Sie kurz die prägendsten Ereignisse ihres Lebens (Geburt bis heute):

.....  
.....  
.....

Wo tanken Sie Kraft, was macht Ihnen Freude?

.....  
.....  
.....

---

### **Gesundheitsfragen**

Nehmen Sie Medikamente (auch Rezeptfreie, die Pille etc.)?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? .....

.....

Ärztliche Behandlung oder Therapien, derzeit oder in den letzten 5 Jahren:?

.....  
.....

Unfälle, Operationen / Narben, welche und wann? .....

.....  
.....

Bestehen Allergien, allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten?

Ja  Nein

Asthma  Heuschnupfen  Medikamente

Nahrungsmittel  Neurodermitis  Anderes

Wie empfinden Sie ihre Verdauung?  gut  soso-lala  schlecht

Wie viel trinken Sie pro Tag?  weniger 1 L  mehr als 1 L  mehr als 2 L

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  Ja  Nein  
(Einschlafen / Durchschlafen)

Leiden Sie unter Zwängen, Phobien oder Ängsten?  Ja  Nein

Haben Sie akute oder chronische Krankheiten / Symptome?  Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen?  Ja  Nein

Falls ja, wo? .....

Sind diese Schmerzen stechend, pochend oder Dauerschmerzen? .....

Wann tritt der Schmerz auf (in der Bewegung, in der Nacht) ? .....

Schmerzskala (0 = kein / 10 = maximal) .....

Was hilft Ihnen gegen den Schmerz? .....

Bestehen Zahnprobleme?  Ja  Nein

Welche Krankheiten sind in ihrer Familie vorgekommen?

Krebs  Herz/Kreislauf  Psychische Leiden / Depressionen?

Allergien  Diabetes  Anderes

Wurden Sie geimpft? Welche Impfungen? .....

Falls ja, gab es erhebliche Reaktionen auf die Impfungen, z.B. erhebliche Nebenwirkungen wie z.B. starkes Fieber, starke Unruhe, ungewohnt anhaltende Schlaflosigkeit etc.?

Bestehen Abneigungen, Allergien oder Unverträglichkeiten, welche in der Behandlung berücksichtigt werden müssen?  Ja  Nein

Falls ja:  Klang  Düfte  Essenzen  Öle  Anderes

**Gibt es weitere wichtige Informationen**, die Sie hier gerne mitteilen wollen, die aber in den oben gestellten Fragen nicht angesprochen wurden? .....

**Ihr behandelnder Arzt / Ihr Hausarzt** (Name, Adresse, Tel.-Nummer)