

Klienten - Informationsblatt
(Alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name: Datum:

Straße: PLZ:

Telefon: privat: geschäftlich: mobil:

Geburtsdatum: Alter: Geburtsland:

Familienstand: ledig Lebensgemeinschaft verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder?..... Wenn ja, wie viele?

Beruf: Hobby:

Auf wessen Empfehlung sind Sie hier?

Bitte beschreiben Sie Ihre Gesundheitsproblem(e), die Sie gerne lösen würden:

.....
.....

Betrachten Sie diese Probleme als schwer mittelschwer leicht ?

Welche anderen Therapieformen haben Sie bisher zur Lösung Ihrer gesundheitlichen Probleme in Anspruch genommen ?

.....

Wie erfolgreich waren sie? sehr erfolgreich teilweise erfolgreich nicht erfolgreich

Bitte notieren Sie frühere/andere Krankheiten/Unfälle/Operationen!

.....

Welche Medikamente nehmen Sie momentan?.....

.....

In welcher Art, welchem Umfang, erwarten Sie eine Veränderung/Besserung Ihrer Gesundheitsprobleme durch diese Behandlung?.....

.....

In welchem Zeitraum erwarten Sie eine totale Wiederherstellung?

Woran werden Sie diese Wiederherstellung erkennen?

.....

Welche Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Fettsäuren, Aminosäuren, Antioxidantien) nehmen Sie zur Zeit ein?

.....

Wie viel Wasser trinken Sie täglich? (ohne Fruchtsaft, Softdrinks, Tee, Kaffee, Alkohol)

3 Liter 2 Liter 1 Liter 500ml weniger

Beschreiben Sie kurz Ihre Ernährung:

Was sind Ihre Lieblingspeisen ?

Wie oft haben Sie Stuhlgang? täglich weniger als einmal täglich

Wie oft haben Sie körperliche Bewegung? täglich wöchentlich gelegentlich nie

Wie hoch würden Sie Ihr tägliches Energieniveau auf einer Skala von 1-10 einstufen?

Wie hoch wünschen Sie sich Ihr Energieniveau auf einer Skala von 1-10?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Tragen Sie orthopädische Einlagen in Ihren Schuhen?

Haben Sie Rückenschmerzen, Nackenschmerzen oder andere körperliche Schmerzen?

Haben Sie Ohrgeräusche, knacken/klicken des Kiefers oder Gesichtsschmerzen?

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Menstruationszyklus: regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft stark
 Wechseljahre Sonstiges

Haben Sie Brustimplantate?

Bitte kreuzen Sie die Themen an, die Sie beschäftigen; die zu Ihnen in Beziehung stehen. Machen Sie zwei Kreuze bei Themen, die Sie lösen oder verbessern möchten.

Nervosität	Niedergeschlagenheit	Ängste	Schüchternheit
sexuelle Probleme	Selbstmordgedanken	Trennung	Scheidung
Finanzen	Drogenkonsum	Alkoholkonsum	Freunde
Ärger	Selbstkontrolle	unglücklich Sein	Schlaf
Stress	Arbeit	Entspannung	Kopfschmerzen
Müdigkeit	rechtliche Probleme	Gedächtnis	Ehrgeiz
Energie	Schlaflosigkeit	Einsamkeit	Ausbildung
Konzentration	Entscheidungsfähigkeit	Jähzornigkeit	Alpträume
Karriereplanung	Unterlegenheit	Hochzeit	Kinder
PMS	quälende Erinnerungen	Gedanken	Elternschaft
Schmerz	Feinde	Sozialverhalten	Motivation
Bereuen	Furcht	Schwindelgefühle	Leid

Gibt es weitere Dinge, in Ihrem Leben, die sie gerne: beenden beginnen
 besser machen anders machen möchten? Bitte kurz beschreiben: