

Klientendatenerfassung



Name	Datum	
Vorname	Geburtsdatum	
Adresse	Geburtszeit	Geburtsort
PLZ / Ort	Blutgruppe	
Mobile	Beruf	
Telefon P	Zivilstand	
Telefon G	Hobby/Sport	
Email		
Hausarzt/Behandelnder Arzt/Therapeut	Besonderes	
Krankenkasse (Zusatz)	Bei Kindern: Geschwister (Name, Jahrgang)	
Abrechnung für Krankenkasse gewünscht:		
<input type="radio"/> nach jeder Sitzung <input type="radio"/> alle 3-4 x <input type="radio"/> anderes		
Auf Puravita aufmerksam geworden durch	Name/Vorname Eltern	

Krankengeschichte (Diese Informationen werden streng vertraulich behandelt!)

Bitte kreuzen Sie die Beschwerden an, unter welchen Sie **zur Zeit (z.Z.)** leiden oder in der **Vergangenheit (Verg.)** litten.

z. Z. Verg.

KOPF/NACKEN

- Kopfschmerzen/Migräne
Häufigkeit: _____
- Seh-/Augenprobleme
- trage Kontaktlinsen
- Hör-/Ohrenprobleme

ATMUNG/LUNGE

- Heuschnupfen
- Atembeschwerden
- Raucher/in
- Asthma/Bronchitis/Angina
 chronischer Husten

HERZ/KREISLAUF

- hoher/niedriger Blutdruck
- schlechte Blutzirkulation
- Herzbeschwerden
welcher Art: _____
- Venenentzündung
- Schlaganfall
- Krampfadern: _____

OPERATIONEN

Was _____

re li Wo: _____

Wann _____

Jetzige Probleme _____

VERLETZUNGEN

Was _____

re li Wo: _____

Wann _____

Jetzige Probleme _____

z. Z. Verg.

HAUT

- Ausschläge/Probleme
Art: _____
- schnell blaue Flecken
- Akne

ANDERE KRANKHEITEN

- schlechte Verdauung
- Verstopfung
- Leberprobleme
- Gallenblase/-stein
- Niere/-stein
- Harnblase
- Zuckerkrankheit
seit wann: _____
- Nasennebenhöhlen
- Allergien: _____
- Diagnose Arzt: _____
- Schlaflosigkeit
- Arthritis/Arthrose
- Krebs, welcher Art: _____
- Diagnose Arzt: _____
- Andere: _____

INFEKTIONEN

- Herpes, wo: _____
- Warzen, wo: _____
- Tuberkulose
- HIV/AIDS
- Andere: _____

Andere medizinische Beschwerden? _____

Spezielles: Schrauben, Nägel, Drähte, künstliche Gelenke, Prothesen, etc. _____

z. Z. Verg.

FRAUEN

- menstruelle Probleme
- Kaiserschnitt
- andere gyn. Operationen
- Schwangerschaft
Termin: _____
- Kinder, Anz.: _____
- Jg.: _____
- Menopause, seit: _____
- Probleme: _____
- Schönheitsoperationen

MUSKELN/GELENKE

- Schmerzen/Verspannungen
- Nacken
- Kreuzgegend
- Mittlerer Rücken
- Oberer Rücken
- Schultern
- Beine, links/rechts
- Knie, links/rechts
- Schleudertrauma
- Anderes: _____

Nehmen Sie Medikamente? Namen? _____

Seit wann: _____

Gegen welche Beschwerden? _____

Sind Sie z. Z. in anderer Behandlung? Wo: _____

Bitte kreuzen Sie alle Punkte an, die zutreffen könnten:

- Neigung zu Unfällen
- Allergien/Nahrungsunverträglichkeiten (müde/hyperaktiv nach dem Essen)
- Ungeschicklichkeit
- Stuhlgang zu hart/weich
- ausschweifende Tagträumerei
- Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung
- Konzentrationsschwäche
- Schwierigkeiten mit den Augen zu fokussieren
- Schwierigkeiten Anweisungen auszuführen
- Schwierigkeiten Anweisungen zu geben
- Schwierigkeiten, die Zeit zu nennen (mangelndes Zeitgefühl)
- Schwindel, Gleichgewichtsstörungen
- Augenüberanstrengung / reibt sich oft die Augen
- Hemmungen in der Öffentlichkeit zu sprechen
- Schwierigkeiten sich an Anweisungen zu erinnern
- Schwierigkeiten die Monate zu erinnern
- schlechtes Namensgedächtnis
- verwechselt Rechts/Links
- Schwierigkeiten das Einmaleins zu erinnern
- Schwierigkeiten Farben zu unterscheiden
- häufig Kopfschmerzen
- impulsiv / aggressiv
- ungeduldig/ruhelos
- Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten
- mangelnde Selbstsicherheit
- Tätigkeiten werden nicht zu Ende geführt
- Buchstaben und Zahlen ?
- «lügt» (im Sinne von phantasieren)
- Stimmungsschwankungen
- über- oder unteraktiv
- schwache Augen-Hand-Koordination
- unleserliche Handschrift
- mangelndes Organisationstalent (Ordnung)
- Mühe gelesenen Text zu verstehen
- Mühe gelesenen Text zu behalten
- AD(H)S
- Diskalkulie
- schlechte Lesefähigkeit
- schwaches Gleichgewicht
- Rechtschreibschwäche
- schlecht in Sport oder rhythmischen Aktivitäten
- stützt den Kopf auf beim Arbeiten
- kurze Aufmerksamkeitsspanne
- beendet Arbeiten nur langsam
- hört mitten im Spiel auf
- Prüfungsangst / Lampenfieber
- furchtsam, schüchtern
- Depressionen
- «Burn-out»-Syndrom
- Messy-Syndrom (kann nichts wegwerfen)
- Zwangsstörungen/-handlungen, Tics
- Neurosen
- Spielsucht (Computer, Automaten, TV, Gamekonsolen)
- Gestörtes Eßverhalten (Magersucht, Bulimie, Fettleibigkeit)
- Panikattacken
- Nicht «Nein» sagen können
- Sprachstörungen (Stottern, Lispeln, etc.)
- Ängste / Phobien:

- anderes:

Bei Kindern

Bitte lassen Sie, wenn möglich, erst ihr Kind diese Liste mit einer Farbe ausfüllen. Anschliessend ergänzen oder bestätigen Sie die Aussage ihres Kindes mit einer anderen Farbe.

INFORMIEREN SIE IHREN HAUSARZT BEI IHREM NÄCHSTEN BESUCH ÜBER DIE ZUSAMMENARBEIT MIT DER KINESIOLOGIN.

Sonstige Bemerkungen
