

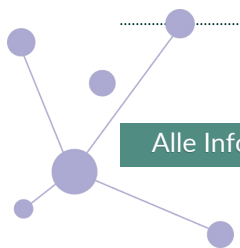
**PERSÖNLICHE ANGABEN:**

|   |                |               |
|---|----------------|---------------|
| Pat.-Nr.                                  | Datum:         | Geburtsdatum: |
| Name, Vorname:                            |                |               |
| Adresse:<br>.....<br>.....                |                |               |
| Telefon:                                  | E-Mail:        |               |
| Berufliche Tätigkeit:                     | Hobbies/Sport: |               |
| Wie wurden Sie auf mich aufmerksam: ..... |                |               |

**BITTE DIE FRAGEN SO GENAU WIE MÖGLICH BEANTWORTEN, DANKE.**

|   |   |
|---|---|
| 1. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden? (Bitte Datum & Ursache angeben)                                      | <b>Notizen:</b><br>(Nicht vom Klient auszufüllen) |
| .....   |   |
| .....   |   |
| 2. Wie verändern sich Ihre Beschwerden bei Bewegung?<br>(Besser, schlechter, gleich & bei welchen Bewegungen) |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| 3. Wie äußern sich Ihre Beschwerden? (Wo, wann, wodurch ausgelöst)  |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| 4. Sind Sie Wetterfühlig? (Ganzer Körper, Teilbereiche betroffen)   |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| 5. Haben Sie Narben? (Ops, Vorgeschichte, Unfälle, etc.)  |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| 6. Haben Sie seelische Verletzungen / Narben erlitten?<br>(Tod, Verlust, Ängste, sonstige Traumata)           |   |
| .....   |   |
| .....   |   |

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt! Sie unterliegen der medizinischen Schweigepflicht!



7. Wo gegen / Wofür nehmen Sie Medikamente ein? (regelmäßig, unregelmäßig)

.....  
.....

8. Wie schlafen Sie (ein)? (Einschlaf- und/oder Durchschlaf-Probleme?  
Zu welcher Zeit wachen Sie auf? Durch Schmerzen?)

.....  
.....

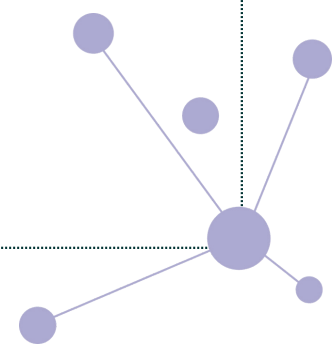
9. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie morgens aufwachen?

.....  
.....

10. Ergänzungen: (Noch andere / weitere Beschwerden? Frühere Beschwerden?)

.....  
.....

Notizen:  
(Nicht vom Klient ausfüllen)



**ANGABEN ZU GESUNDHEIT UND LEBENSSTIL**

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

.....  
.....

Rauchen Sie?  Nein  Ja, ca. .... Stück am Tag

Sind Sie zur Zeit schwanger?  Nein  Ja, in der ..... Woche

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Nein  Ja, seit .....

11. Wie stark lebenseinschränkend empfinden Sie die Beschwerden? (Setzen Sie ein Kreuz auf der Linie)

keine Beschwerden | ..... | stärkste Ihnen bekannte Beschwerden

Was würden Sie wieder „tun“, wenn Ihre Beschwerden Sie nicht mehr darin hindern?

.....  
.....

**EINWILLIGUNG UND HAFTUNGSAUSSCHLUSS**

Bei dieser Art der Behandlung handelt es sich um eine komplementärmedizinische Maßnahme und nicht um eine schulmedizinische Behandlungsform. Des Weiteren muss ich Sie darauf hinweisen, dass dieses Biofunktions-Training keinen Arztbesuch, keine schulmedizinische Diagnose und keine schulmedizinische Behandlung des Krankheitsbildes ersetzt. Der Therapeut / die Therapeutin trifft keine diagnostischen Maßnahmen. Die Behandlung erfolgt ausschließlich aufgrund vorliegender Diagnosen von Ärzt:innen und Heilpraktiker:innen.

Datum:                    /                   

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt! Sie unterliegen der medizinischen Schweigepflicht!