

Praxis für Kinesiologie



Klientenblatt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ alternativer Zusatz: ja ☐ nein ☐

In der Ausführung meiner Arbeit lasse ich mich folgenden Grundsätzen leiten:

1. Ich handle nach meinem besten Wissen und Gewissen.
2. Ich wahre jederzeit die Eigenverantwortung des Klienten/der Klientin.
3. Ich halte mich an das Berufsgeheimnis.
4. Ich empfehle meinen Klienten/Klientinnen bei krankhaften Veränderungen in jedem Fall einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, resp. In ärztlicher Behandlung zu bleiben.
5. Ich stelle keine Diagnose.
6. Ich verwende den Muskeltest als Instrument, um den Energiefluss festzustellen.

Ich habe das Informationsblatt für Klienten gelesen und dessen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kurt Ramel

Dipl. Kinesiologe mit Branchenzertifikat Oda KT und TWT-Rückentherapeut

Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77

www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

Fragebogen Zum Gesundheitszustand

Als Vorbereitung auf unser erstes Gespräch bitte ich Sie, diesen Fragebogen in Ruhe zu lesen und auszufüllen. Um Sie optimal betreuen zu können, ist es wichtig die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Aufgrund dieses Fragebogens werden keine Diagnosen gestellt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- 1. Schilderung des aktuellen Problems, der aktuellen Probleme, der Beschwerden → Beginn, Verlauf, Dauer (falls Arztberichte, Blut- und Laborwerte vorliegen bitte eine Kopie beilegen):**

Bitte leer lassen!

2. Angaben zur Person

Körpergrösse: _____

Körpergewicht: _____

3. Soziales Umfeld

Leben Sie

☐ alleine☐ mit Partner:In☐ mit Familie☐ mit __ Kind/Kindern

Haben Sie eigen Kinder?

__ Sohn / Söhne

__ Tochter / Töchter

Leben Sie

☐ in einer Partnerschaft

Haben Sie Geschwister?

__ Bruder / Brüder

__ Schwester(n)

4. Berufsbezeichnung:

☐ körperlich ☐ geistig☐ sitzend ☐ stehend ☐ im Freien ☐ drinnen

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden

☐ ja ☐ nein → wieso nicht?

5. Sport/BewegungBetätigung ☐ keine ☐ im Freien ☐ drinnen ☐

Sportart / Betätigung: _____

6. Hobbies / Ausgleichsaktivitäten:

7. Was für Behandlungen, Untersuchungsmethoden, Therapien etc. wurden bereits gemacht?

8. Welche Erkrankungen, Symptome und Befindlichkeitsstörungen sind Ihnen jetzt oder aus der Vergangenheit bekannt?

Bitte kreuzen Sie an und nennen Sie Art der Beschwerden:

- ☐ Allergien – Immunsystem (Heuschnupfen, häufig Grippe, ...): _____
- _____
- ☐ Atemwege / Lunge / Bronchien: _____
- _____
- ☐ Augen: _____
- _____
- ☐ Bewegungsapparat (Muskeln, Sehnen Bänder, Gelenke, Wirbel): _____
- _____
- ☐ Dickdarm: _____
- _____
- ☐ Dünndarm: _____
- _____
- ☐ Gallenblase: _____
- _____
- ☐ Hals-Nasen-Ohren: _____
- _____
- ☐ Harnblase: _____
- _____
- ☐ Haut: _____
- _____
- ☐ Herz-Kreislauf: _____
- _____
- ☐ Leber: _____
- _____
- ☐ Magen: _____
- _____
- ☐ Nervensystem (MS, Epilepsie, Psyche): _____
- _____
- ☐ Nieren: _____
- _____
- ☐ Schilddrüse: _____
- _____
- ☐ Sexualorgane – Hormonelle Ungleichgewichte _____
- _____
- ☐ Zähne (Ev. Ein einzelner Zahn der ständig Beschwerden macht?) _____
- _____

Vegetative und psychische Störungen

- ☐ Ängste_____
- _____
- ☐ Depressionen / Verstimmungen_____
- _____
- ☐ Konzentrationsprobleme_____
- _____
- ☐ Kopfschmerzen / Migräne_____
- _____
- ☐ Müdigkeit_____
- _____
- ☐ Nachtschweiss_____
- _____
- ☐ Nervosität_____
- _____
- ☐ Schlafstörungen_____
- _____
- ☐ Schmerzen_____
- _____
- ☐ Schwindel_____
- _____
- ☐ Emotionale Verstimmungen_____
- _____
- ☐ Reizdarm_____
- _____
- ☐ Wetterfühligkeit_____
- _____
- ☐ andere_____
- _____

9. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, bei wem, Behandlungsgrund?

- ☐ nein
- ☐ ja: _____
- _____

10. Operationen, Klinikaufenthalte (Was, wann, wo?):

- 11. Narben (seit wann und wo):** _____

- 12. Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine etc, Hormonpräparate (Pille, Spirale), Homöopathische und oder Naturheilmittel und dergleichen nehmen Sie ein?**

- 13. Welche Familiären Erkrankungen traten gehäuft auf?**

- 14. Mögliche Belastungsfaktoren: Ist eines der folgenden Ereignisse in letzter Zeit eingetroffen?**
☐ Todesfall
☐ Schwere Krankheit im Familien- oder nahem Freundeskreis
☐ Probleme naher Angehöriger
☐ Finanzielle Belastung
☐ Scheidung / Trennung
☐ Kündigung / Arbeitslosigkeit
☐ Berufliche Neuorientierung / Jobwechsel / Ausbildung
☐ Starke berufliche Belastung
☐ Umzug / Hausbau
☐ Partnerschaftsprobleme
☐ Missbrauch / Gewalt
☐ Anderes: _____
- 15. Sind Sie Raucher**
☐ ja ☐ nein

- 16. Wieviel Alkohol trinken Sie**
☐ keinen ☐ ab und zu ☐ regelmässig
- 17. Nehmen Sie andere Suchtmittel (Snoos, Canabis, Kokain, etc.)**
Was und wie oft: _____
- 18. Essgewohnheiten**
☐ Essen Sie Fertiggerichte/ Kantinen oder Restauranverpfllegung? ☐ nie ☐ selten ☐ oft ☐ immer
☐ Spezielle Vorlieben, Gelüste oder Heisshunger auf: _____

☐ Abneigung gegen bestimmte Speisen: _____

☐ Unverträglichkeiten, Allergien: _____

- 19. Gewichtsprobleme**
☐ Körpergewicht Ist-Zustand _____
☐ Körpergewicht Soll-Zustand _____
- 20. Empfindlichkeiten auf Umwelteinflüsse**
☐ Lärm
☐ Elektrosmog
☐ Anderes: _____
- 21. Welche(s) Ziel(e) möchten Sie mit dieser Therapie erreichen?**

- 22. Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr(e) Ziel(e) erreicht haben?**

- 23. Gibt es noch etwas, das nicht angesprochen wurde?**

Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

Kurt Ramel

Dipl. Kinesiologe mit Branchenzertifikat Oda KT und TWT-Rückentherapeut

Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77

www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

Fragen an die Frau

Menstruationszyklus:

Sind Sie mit Ihrem Menstruationszyklus zufrieden?

☐ ja

☐ nein: ☐ Blutung zu stark ☐ Blutung zu schwach
☐ unregelmässig ☐ Krämpfe / Schmerzen
☐ Prämenstruelles Syndrom (PMS) ☐ Zwischen-
Blutungen ☐ Verstimmungen / Depression

Schwangerschaft und Geburt:

☐ Sterilität / Inferilität / unerfüllter Kinderwunsch

☐ Aussergewöhnlicher Schwangerschaftsverlauf: _____

☐ Anzahl Geburten: _____

☐ Aussergewöhnliche Verläufe: _____

☐ Fehlgeburten (Abort)

Menopause

☐ Befinden Sie sich ☐ vor ☐ nach ☐ im Klimakterium

Haben Sie Beschwerden?

☐ nein

☐ ja: _____

Nehmen Sie Hormonpräparate?

☐ nein

☐ ja, welche und seit wann?: _____
