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
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
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!

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

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/Bewegung

Betätigung ☐ keine ☐ im Freien ☐ drinnen ☐

Sportart / Betätigung:_____

_____

6. Hobbies / Ausgleichsaktivitäten:

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

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?)_____

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

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?):

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

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

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch

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 Restauranverpflegung? ☐ 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
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
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?:_____

_____

_____

_____

Kurt Ramel
KomplementärTherapeut mit eidgenössischem Diplom, Professional Master in Kinesiologie
TWT-Rückentherapeut
Stadthausstrasse 137 – 8400 Winterthur – 079 444 33 77
www.kine-praxis.ch – info@kine-praxis.ch