



Name:..... **Vorname:**.....

Geburtsdatum:..... **KK/Zusatzversicherung Komplementärtherapie:**.....

Adresse:..... **PLZ/Ort:**.....,

Tel. Festnetz:..... **Natel:**.....

Email-Adresse:..... **Beruf:**.....

(keine Newsletterzustellung/Werbung)

Fragen zum Gesundheitszustand:

Bitte beschreiben Sie kurz ihren **jetzigen gesundheitlichen** bzw. **emotionalen Zustand**. Welche **Probleme/Schmerzen/Beschwerden** haben Sie **momentan**?

Wurden Sie wegen **gesundheitlichen/psychischen Beschwerden/Erkrankungen** von einem **Arzt/Therapeuten behandelt**? Wenn ja, **wann/weshalb**? _____
Diagnose? _____

Nehmen Sie **Medikamente** (auch pflanzliche/homöopathische Mittel/Schüssler-Salze/TCM-Arznei/
Vitamine/Mineralstoffe) ein? Wenn ja, **welche/wieviel**? _____

Welche **Narben** haben Sie? _____
(z.B. „Impfnarben“, Tattoo, Piercing, Ohringe, Dammschnitt, Verbrennungen, Mandel-, Blinddarm+ Unterleibsoperation,
Kaiserschnitt, Aknenarben, Knochenbruch, Gelenkoperation, Kindheitsverletzungen/PDA/Liquorpunktion)

Operationen? Wenn ja, welche&wann? _____

Haben Sie **Unfälle**, wie **Stürze/Prellungen/Zerrungen/Verstauchungen/Schleudertrauma/**
Ähnliches erlitten? _____ Wenn ja, **wann/an welchem Körperteil?** _____

Haben Sie **Infusionen/Injektionen**, z.B. Medikamente/Botox/Impfungen, erhalten? Wenn ja, wann/
welche/wo (bezüglich „Störfeldern“)? _____

Hatten Sie Nasenneben-/Stirnhöhlen-, Gelenks-/Blasenentzündungen/Zahn-/Kieferprobleme/
-operationen/Kieferorthopädie/Zahnsperre? _____

Kinderkrankheiten wie Masern? _____ **Eigene Geburt:** sehr schnell/lange/Kaiserschnitt/ Zange/ Saug-
glocke? _____ **Danach Gelbsucht/Probleme?** _____

Erkrankungen der Eltern? _____

Rauchen Sie/haben Sie geraucht? Nahmen/nehmen Sie Drogen? _____ **Wenn ja (bis) wann/was/**
wieviel? _____

Ihr Ziel der Behandlung(en)? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____
(Internet/Weiterempfehlung etc.)

Erklärung: Durch meine Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Behandlung, welche keine me-
dizinische Behandlung ist. Deshalb muss ich weiterhin konventionelle medizinische Beratung/Be-
handlung in Anspruch nehmen. Eine Medikation oder laufende Behandlung darf nicht ohne vorherige
Konsultation/Absprache mit Ihrem Haus-/Facharzt abgebrochen werden. Auf mögliche, kurzfristi-
ge Reaktionen nach der Behandlung, z.B. Verstärkung der bestehenden Beschwerden, wurde ich
hingewiesen. Bei Unfallbeschwerden können die alten Unfallschmerzen 1-3 Tage nach Behandlung
zunehmen/sich verstärken, eine Besserung evtl. erst nach 1 Woche eintreten. Bis zu 24 Std. nach
der Behandlung können Kopfdruck/Kopfschmerzen, undeutliches Sehen, Schwindel und Müdigkeit
auftreten. Copyright Pascale Häusermann 2007-2018

Unterschrift: _____ **Ort/Datum:** _____