



Craniosacraltherapie Cranio suisse®/manuelle Narbenentstörung® Biochemische Beratung nach Dr. Schüssler

**Name:** ..... **Vorname:**..... **(Kind)**

**Geburtsdatum:**..... **KK/Zusatzvers. Komplementärtherapie.....**

**Genaue Adresse:**....., .....

**Tel. Festnetz&Natel.:**...../.....**(gesetzl. Vertreter)**

**Fragen zum Gesundheitszustand:**

Bitte beschreiben Sie kurz den momentanen **gesundheitlichen Zustand** bzw. die **Beschwerden** Ihres Kindes:\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind deshalb **bereits** von einem **Arzt** oder einem **Therapeuten** behandelt? \_\_\_\_\_ Wenn ja, **wann?** \_\_\_\_\_ Welche **Diagnose** wurde gestellt? \_\_\_\_\_ Muss es **Medikamente** einnehmen? \_\_\_\_\_ Wenn ja, welche (auch pflanzliche, homöopathische/Schüsslersalze)? \_\_\_\_\_

Welche **Narben** hat es? \_\_\_\_\_  
(z.B. "Impfnarben", Ohrlöcher, Verbrennungen, Mandel-, Blinddarmoperation, Knochenbruch)

Wie war die **Geburt** (Kaiserschnitt/Saugglocke/Wehenmittel/schnell/sehr lange)? \_\_\_\_\_

Gab es **vor/während** oder **nach** der **Geburt Probleme** (Schiefhals, Atemprobleme etc.)/in Schwangerschaft/Entwicklung? \_\_\_\_\_  
Erkrankungen der Eltern? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind **geimpft?** \_\_\_\_\_ Wann, an welchem Körperteil, welche Impfungen? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind **Unfälle**, wie z.B. Stürze, Prellungen, Zerrungen, Verstauchungen oder ähnliches erlitten? \_\_\_\_\_ Wenn ja, wann/an welchem **Körperteil?** \_\_\_\_\_

Hat es eine **Bluttransfusionen/Infusionen** erhalten („Störfelder“)? \_\_\_\_\_

Hat es **Kopfschmerzen/Migräne, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Sehprobleme/Ohrenentzündungen?** \_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten wie **Masern?** \_\_\_\_\_

Wer hat mich Ihnen empfohlen/wie wurden Sie auf mich aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

Durch meine Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Behandlung meines Kindes. Mir ist bewusst, dass ich weiterhin konventionelle medizinische Beratung in Anspruch nehmen muss und eine evtl. Medikation oder laufende Behandlung nicht ohne vorherige Konsultation meines Haus- oder Facharztes abbrechen darf. 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.

**Unterschrift**

**eines Elternteils..... Ort/Datum:.....**