



**Strukturell funktionelle Craniosacral Therapie**  
**Manuelle Narbentstörung®**

Biochemische Beraterin nach Dr. Schüssler

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

**Geburtsdatum:**..... **KK Zusatzvers./wenn ja, bei welcher KK:**.....

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

**Tel. privat:**..... **Natel:**.....

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

(keine Newsletterzustellung/Werbung)

**Fragen zum Gesundheitszustand** (bitte Blockschrift&kurze Angaben genügen):

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, von wem und **wann/weshalb?** .....  
..... **Diagnose?**.....

Nehmen Sie **Medikamente**, aber auch pflanzliche/homöop.Mittel/Schüssler-Salze/TCM-Arznei/Vitamine/ Mineralstoffe, ein (auch nicht zugelassene Lösungsmittel&ähnl. wie DMSO/ MMS/ CDL)? Wenn ja, bitte Auflistung.....

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

.....  
**Operationen? Wenn ja, welche und wann?** .....

.....  
Frauen: Geburten und Angaben dazu:

.....  
Haben Sie **Unfälle**, wie **Stürze/Prellungen/Zerrungen/Verstauchungen/Schleudertrauma/Ähnliches** erlitten? ..... Wenn ja, bitte Angaben dazu: .....

.....  
.....

Haben Sie **Infusionen/Injektionen** (z.B. Medikamente wie Neuraltherapie/Schmerzmittel/Botox/Impfungen)/**Bluttransfusionen** erhalten? Wenn ja, wann/ welche?.....

Hatten Sie **Covid Impfungen**? Wenn ja wann, welche und wie viele..... Folgen der Covid-Impfungen/ Post-Vakzin-Syndrom? Bestehen diese zum Zeitpunkt vor der ersten Behandlung bei mir? Wenn ja welche? ..... Wurden diese von einem Arzt untersucht, medizinisch abgeklärt (inkl. Neurologie/MRI oder CT) ärztlich begleitet und gemeldet?.....

**Corona/Long-/Post-Covid: Hatten Sie eine Corona-Infektion?** Wann und folgenlos abgeheilt oder bestehen noch Folgen von Corona? Ärztlich behandelt und begleitet?.....

**Haben Sie öfter Nasenneben-/Stirnhöhlen-, Gelenks-/Blasenentzündungen/Zahn-/ Kieferprobleme/-operationen/-Eingriffe, oft Kopfschmerzen/Migräne, Rückenschmerzen?**

Hatten Sie eine Zahnsperre/kieferorthopädische Korrektur? Wenn ja, bitte Angaben dazu:

Hatten Sie **Kinderkrankheiten wie Masern**?.....

**Eigene Geburt:** sehr schnell/lange/Kaiserschnitt / Zange / Saugglocke?.....

Danach **Gelbsucht/Probleme mit z. B. der Atmung etc.**?.....

**Schwere Erkrankungen der Eltern?**.....

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

**Ziel der Behandlung(en) bei mir?**.....

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

### **Erklärung / „Informed Consent“ (deklarierte Einwilligung):**

Durch meine Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Behandlung. Mir ist klar, dass dies eine komplementärtherapeutische und körperzentrierte Behandlung ist. Ich nehme weiterhin medizinische/ärztliche Beratung/Behandlung in Anspruch. Eine evtl. Medikation oder laufende Behandlung darf nicht ohne vorherige Konsultation/Absprache des Haus- oder Facharztes abgebrochen werden. Auf mögliche, kurzfristige 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. Ca. bis zu 24 Std. nach der Behandlung können Kopfdruck/ Kopfschmerzen, undeutliches Sehen, leichter Schwindel und Müdigkeit auftreten. Alle Reaktionen und Erstverstärkungen klingen von selbst ab und die Behandlung bei mir löst keine neuen Beschwerden aus sondern nur bisherige können sich kurzzeitig verstärken. Instabile psychische Erkrankungen darf ich nicht behandeln bzw. nur in Ergänzung und nach Absprache des behandelnden Arztes (Psychiater/Psychologe).

Diese Angaben sind nur für meine Klientenunterlagen bestimmt, werden streng vertraulich behandelt und ich unterstehe der Schweigepflicht sowie dem Datenschutzgesetz.

**Unterschrift:** ..... **Ort:** .....

**Datum:** .....