



**Strukturell funktionell biodynamische Craniosacraltherapie
Manuelle Narbentstörung®/Biochemische Beratung nach Dr. Schüssler**

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

Geburtsdatum:.....

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

Tel. privat:..... **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, 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+ Unterleibsoperation, 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?.....

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

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

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



**Strukturell funktionell biodynamische Craniosacraltherapie
Manuelle Narbentstörung®/Biochemische Beratung nach Dr. Schüssler**

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:

Durch meine Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Behandlung. Mir ist klar, dass dies keine medizinische Behandlung ist, ich weiterhin konventionelle medizinische Beratung/Behandlung in Anspruch nehmen muss und eine evtl. Medikation oder laufende Behandlung nicht ohne vorherige Konsultation/Absprache meines Haus- oder Facharztes abbrechen darf. 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. Bis zu 24 Std. nach der Behandlung können z. B. Kopfdruck/ Kopfschmerzen, undeutliches Sehen, Schwindel und Müdigkeit auftreten. 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: