Pascale Häusermann-Lanz

Bellikerstr. 22, 8964 Rudolfstetten/ KomplementärTherapeutin mit eidg. Diplom

Strukturell funktionelle Craniosacral Therapie

 Manuelle Narbenentstörung®

 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,** aberauch 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, Kindheits-

verletzungen/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, me-dizinisch 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-/ Kiefer-probleme/-operationen/-Eingriffe, of**t **Kopfschmerzen/Migräne, Rückenschmerzen?**

...........................................................................................................................................................

Hatten Sie eine Zahnspange/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 komple-mentärtherapeutische und körperzentrierte Behandlung ist. Ich nehme weiterhin medizinische/ärztliche Be-ratung/Behandlung in Anspruch. Eine evtl. Medikation oder laufende Behandlung darf nicht ohne vorherige Konsultation/Absprache des Haus- oder Facharztes abgebrochen werden. Auf mögliche, kurzfristige Reak-tionen 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 verstär-ken, 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 Reaktio-nen und Erstverstärkungen klingen von selbst ab und die Behandlung bei mir löst keine neuen Beschwer-den 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/Psycho-loge).

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

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

**Datum: .………………………………………**