



**Strukturell funktionelle Craniosacral Therapie**  
**Manuelle Narbentstörung®/Biochemische Beratung nach Dr. Schüssler**

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

**Geburtsdatum:**..... **KK** (Zusatzvers.Komplementärtherapie): .....

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

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

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

(keine Newsletterzustellung/Werbung, jedoch in gewissen Fällen Erlaubnis Zustellung von Unterlagen/Infos per Mail/**bitte deutlich in Blockschrift ausfüllen speziell Email-Adresse**)

**Fragen zum Gesundheitszustand:**

Bitte beschreiben Sie kurz ihren **jetzigen gesundheitlichen** bzw. **emotionalen Zustand**. Welche **Probleme/Schmerzen/Beschwerden** haben Sie **momentan die in der Therapie bei mir behandelt werden sollen?**.....

.....  
Wurden Sie wegen **gesundheitlichen/psychischen Beschwerden/Erkrankungen** von einem **Arzt/Therapeuten behandelt?** Wenn ja, welche Therapien, von wem wurden Sie behandelt (Name&Adresse Therapeut/Arzt/Klinik) **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 mit Narben/PDA Periduralanästhesie/ Spinalanästhesie/Plexusanästhesie/ Liquorpunktion).....

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

.....  
Frauen: Schwangerschaften, Geburten (bitte auch Fehlgeburten) 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/ Kortison **Impfungen wie auch Covid**)/Bluttransfusionen erhalten? Wenn ja, wann/ welche?.....



**Strukturell funktionelle Craniosacral Therapie**  
**Manuelle Narbentstörung®/Biochemische Beratung nach Dr. Schüssler**

**Haben Sie chronische Schmerzen? Wenn ja welche, seit wann, welche Therapien, bei welchen Ärzten in Behandlung? Medikamente?**.....

Hatten Sie eine Zahnspange/kieferorthopädische Korrektur? Wenn ja, bitte Angaben dazu (lose wie Gaumenplatte/fixe Zahnspange mit Brackets/Nachtzahnspange):

Hatten Sie **Kinderkrankheiten wie Masern** (Viren/Infektionen können Spuren hinterlassen Masern evtl. in Hirnhäuten).....

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

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

**Verlauf der Schwangerschaft bei Ihrer Mutter?**.....

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

**Rauchen Sie/haben Sie geraucht? Bis wann und wieviel?**.....

**Nahmen/nehmen Sie Drogen?..... Wenn ja (bis) wann/was/ wieviel?**..... (beide Frauen wegen **Rauchen und Drogen wegen** Belastungen des Körpers/Folgen die ich für die Behandlung kennen sollte)

**Ihr 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 medizinische Beratung/Behandlung in Anspruch nehmen muss und eine Medikation oder laufende Behandlung nicht ohne vorherige Konsultation/Ab-sprache 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 ca. 1-7 Tage nach Behandlung zuneh-men/sich verstärken, eine Besserung evtl. erst nach ca. 1 Woche eintreten. Bis zu 24 Std. nach der Behandlung können z. B. Kopfdruck / Kopfschmerzen, undeutliches Sehen, Schwindel und Müdigkeit auftreten. **Alle Erstreaktionen die von meiner Behandlung stammen lösen sich aus meiner langjährigen Praxiserfahrung nach einigen Tagen bis spätestens 14 Tagen von selbst.** 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 ver-traulich behandelt und ich unterstehe der Schweigepflicht sowie dem Datenschutz-gesetz. Auch Auskünfte an Krankenversicherer werden nur nach vorheriger Abspra-che mit Ihnen weitergegeben.**

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

**Datum:** .....