Pascale Häusermann, Bellikerstr. 22,
8964 Rudolfstetten

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

Name:…… Vorname:……

Geburtsdatum:…… KK/Zusatzversicherung Komplementärtherapie…....

Adresse:…… PLZ/Ort……, ……

Tel. Festnetz:…… 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, **wann/weshalb**?_____
_____**Diagnose**?_____
Nehmen Sie **Medikamente** (auch pflanzliche/homöopathische Mittel/Schüssler-Salze/TCM-Arznei/ Vitamine/Mineralstoffe) ein? Wenn ja, **welche/wieviel**?_____
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&wann?_____

_____

Haben Sie **Unfälle**, wie **Stürze/Prellungen/Zerrungen/Verstauchungen/Schleudertrauma/** Ähnliches erlitten? _____ Wenn ja, **wann/an welchem Körperteil?**_____

_____

Haben Sie **Infusionen/Injektionen,** z.B.Medikamente/Botox/Impfungen, erhalten? Wenn ja, wann/ welche/wo (bezüglich „Störfeldern")?_____
Hatten Sie Nasenneben-/Stirnhöhlen-, Gelenks-/Blasenentzündungen/Zahn-/Kieferprobleme/ -operationen/Kieferorthopädie/Zahnspange?_____
Kinderkrankheiten wie Masern?_____ Eigene **Geburt:** sehr schnell/lange/Kaiserschnitt/ Zange/ Saug-glocke?_____ Danach **Gelbsucht/Probleme**?_____
Erkrankungen der Eltern?_____
Rauchen Sie/haben Sie geraucht? Nahmen/nehmen Sie Drogen? _____ **Wenn ja (bis) wann/was/ wieviel?**_____

Ihr Ziel der Behandlung(en)?_____

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

Erklärung: Durch meine Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Behandlung, welche keine medizinische Behandlung ist. Deshalb muss ich weiterhin konventionelle medizinische Beratung/Behandlung in Anspruch nehmen. Eine Medikation oder laufende Behandlung darf nicht ohne vorherige Konsultation/Absprache mit Ihrem Haus-/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. Bis zu 24 Std. nach der Behandlung können Kopfdruck/Kopfschmerzen, undeutliches Sehen, Schwindel und Müdigkeit auftreten.

Unterschrift:_____**Ort/Datum:**_____

Print to PDF without this message by purchasing novaPDF (http://www.novapdf.com/)