

**Klienten - Informationsblatt**  
(Alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name: ..... Datum: .....

Strasse: .....Wohnort: .....

Telefon: privat: ..... geschäftlich: .....

Handy : ..... Geburtsdatum: .....

E-Mail Adresse: .....

Familienstand:  ledig  Lebensgemeinschaft  verheiratet  getrennt lebend  
 geschieden  verwitwet

Haben Sie Kinder?..... Wenn ja, wie viele? .....

Beruf: ..... Hobby: .....

Auf wessen Empfehlung sind Sie hier? .....

Bitte beschreiben Sie Ihr wichtigstes Gesundheitsproblem(e),  
.....  
.....  
.....

Wie hat es begonnen  
.....  
.....  
.....

Gibt es weitere Gesundheitsprobleme oder Schmerzen, bitte wenn möglich alle aufzählen  
.....  
.....  
.....

Betrachten Sie diese Probleme als  schwer  mittelschwer  leicht?

Welche anderen Therapieformen haben Sie bisher zur Lösung Ihrer gesundheitlichen Probleme in Anspruch genommen? .....

Wie erfolgreich waren die Therapien?  sehr erfolgreich  teilweise  gar nicht

Bitte notieren Sie frühere/andere Krankheiten/Unfälle/Operationen! .....

Welche Medikamente nehmen Sie momentan?.....

Wie viel trinken Sie täglich? ( Fruchtsaft, Softdrinks, Tee, Kaffee, Alkohol) .....Liter

Davon sind .....Liter Wasser

Beschreiben Sie kurz Ihre Ernährung: .....

Wie viel Milchprodukte nehmen Sie zu sich.....

welche davon täglich .....

Wie oft haben Sie Stuhlgang?  täglich  mehrmals täglich  weniger als einmal täglich

Wie oft haben Sie körperliche Bewegung?  täglich  wöchentlich  gelegentlich  nie

Wie hoch würden Sie Ihr Energieniveau auf einer Skala von 1wenig -10 viel einstufen? .....

Tragen Sie orthopädische Einlagen in Ihren Schuhen? .....

Haben Sie Ohrgeräusche, knacken/klicken des Kiefers oder Gesichtsschmerzen? .....

Hatten Sie früher eine Zahnspange?  Ja  Nein

*Für Frauen: Sind Sie schwanger? ..... Wenn ja, in welchem Monat? .....*

Gibt es weitere Dinge, in Ihrem Leben, die sie gerne:  beenden  beginnen

besser machen  anders machen möchten? Bitte kurz beschreiben: .....

.....