

Klientenblatt

Vorname, Name: _____

PLZ, Ort: _____

Email: _____

Straße: _____

Geb.-Datum: _____

Tel-Nr.: _____

Hauptanliegen:

Allgemeine Fragen:	JA	NEIN	weitere Bemerkungen:
Hatten Sie Unfälle in Ihrem Leben und welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationsnarben, andere Narben? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwere Geburten, Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche Organe machen Ihnen immer wieder Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Welche Körperteile machen Ihnen immer wieder Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Gewalterlebnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drogenerfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gesundheit:			
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bitte auf Seite 2 weitere Fragen beantworten, danke!

Klientenblatt

Seite 2 von 2

weitere Fragen:	JA	NEIN	weitere Bemerkungen:
Haben Sie Amalgamfüllungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Implantate (Zahn, künstliche Gelenke, Spirale usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Allergie? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebensumstände:			
Gelingt Ihnen Ihr berufliches Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelingt Ihnen Ihr privates Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelingen Ihre Partnerschaften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelingen Ihre Freundschaften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelingen Ihnen Ihre Finanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Energiearbeit & Heilen dient der Aktivierung der Selbstheilungskräfte und ersetzt nicht die Diagnose oder Behandlung beim Arzt/Heilpraktiker.

Der Besuch der Sitzung bzw. eine Heilung erfolgt auf eigene Verantwortung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt dieses Hinweises vor Beginn der Behandlung

Datum: _____

Unterschrift des Klienten
(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

weitere Infos:

Ich, Frau Martin, fühle mich der Schweigepflicht verbunden.