

Psycho-Kinesiologie & Energetische Therapie



Fragebogen

Vorname: _____ Name: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geburtstag: _____

Beruf: _____

WICHTIG!

Lieber Klient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen so genau wie möglich (*handschriftlich, oder per Computer*) aus und lassen Sie mir das Ganze bis spätestens 2 Tage vor Ihrem ersten Termin als Foto, oder als PDF-Datei als Anhang einer E-Mail zukommen.

Psycho-Kinesiologie & Energetische Therapie



Unter welchen Beschwerden leiden Sie (*physisch & emotional*)?

(Bitte nennen Sie 3 Hauptbeschwerden)

1. _____

2. _____

3. _____

Gab es kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer aktuellen Beschwerden evtl. Auslöser?

(z.B. Unfall, Erkrankung, Kummer, Trauer, Stress, Ärger, Operationen, Medikamente)

Psycho-Kinesiologie & Energetische Therapie



Gibt es in Ihrem Familiensystem Krankheiten, welche sich wiederholen?

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Influenzae (HIB) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Zecken | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 | <input type="checkbox"/> Weitere |

Welche Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Weitere | | |

Mandeln

- noch vorhanden OP als Kind häufig entzündet

Schilddrüse

- Beschwerden OP

Psycho-Kinesiologie & Energetische Therapie



Welche Allergien/Unverträglichkeiten haben Sie?

Narben

Wo haben Sie Narben?

Wann und wodurch sind diese entstanden?

Psycho-Kinesiologie & Energetische Therapie



Welche Elektrogeräte befinden sich regelmäßig in Ihrer nahen Umgebung?

Wohnbereich

Arbeitsbereich

Schlafbereich

Haben Sie beruflich oder privat Kontakt/Belastungen durch Chemikalien, Lösungsmittel, Schwermetalle?
