

Datum _____

Name _____

Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Schulklasse _____

Str. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobile _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung

ja

nein

Soziales Umfeld

Leben Sie alleine? PartnerIn? Familie? _____

Berufsbezeichnung

Beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:
(stehend, sitzend, körperlich, geistig, etc) _____

Sport

Betätigung _____

keine

gelegentlich

regelmässig

andere _____

Sportarten _____

Körperliche Schwachstellen
und Verletzungen _____

Ausgleichsaktivitäten/Hobbies

Erkrankungen/Symptome

Welche Erkrankungen, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen haben Sie zur Zeit oder sind Ihnen in der Vergangenheit bekannt?
Bitte kreuzen Sie an und vermerken Sie jeweils:

Art der Beschwerden _____

Zur Zeit in ärztlicher Behandlung
(Vermerk Adresse des Arztes) _____

Ärztlich abgeklärt (Arztadresse) _____

Medikamente (Welche?) _____

Operationen (Wann?) _____



Fragen nach andern Bereichen, die für eine Therapie/Behandlung berücksichtigt werden müssen

Familiäre Erkrankungen _____

Mögliche Belastungsfaktoren _____

Sind bei Ihnen in letzter Zeit eine oder mehrere der folgenden Ereignisse eingetroffen?

- Scheidung / Trennung _____
- Umzug _____
- Beruflicher Wechsel _____
- starke berufliche Belastung _____
- Schwere Krankheit im Familien- oder Bekanntenkreis _____
- Probleme naher Angehörigen _____
- Hausbau _____
- finanzieller Stress _____
- familiärer Stress _____
- Todesfall _____
- Unglücksfall _____

Fragen zu alltäglichen Gewohnheiten

Zigaretten

- 5 10 20 40

andere Rauchwaren: _____

Alkoholische Getränke

- Kaum od. keine _____
- Ab und zu _____
- regelmässig _____

Essgewohnheiten

- Fertiggerichte _____
- Kantine od. Restaurationsverpflegung _____
- Spezielle Gelüste und Vorlieben _____
- Haben Sie häufig auf etwas bestimmtes Heisshunger? _____
- Gewichtsprobleme _____

Körpergrösse

Körpergewicht

Unverträglichkeiten

- Nahrungsmittel _____
- Allergien _____



Wohn-Lebensform

- Haus
- Mehrfamilienhaus
- Soziales Umfeld (Nachbarschaft)

Umwelteinflüsse

- Lärm
- Elektrosmog

Fragen an die Frau

Schwangerschaft / Geburt

- unerfüllter Kinderwunsch
- Schwangerschaftsverlauf
- Geburten
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

Menstruationszyklus

- PMS
- unregelmässig
- Blutungen: schwach, stark, Zwischenblutungen
- Schmerzen
- Stimmungsschwankungen

Menopause

Schildern Sie das Beschwerdebild

Welches Ziel möchten Sie erreichen?

Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Aufgrund dieses Fragebogens und in der kinesiologischen Begleitung werden keine Diagnosen gestellt. Das Ziel der Balance ist, den Zugang zu den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu finden, um den Heilungsprozess zu fördern. Dank selbstverantwortlichem und reflektiertem Handeln wird ein bewusster Prozess in Gang gesetzt auf dem Weg hin zur Gesundheit und mehr Wahlfreiheit im Leben.

Bitte Formular ausfüllen und an die erste Balance-Sitzung mitbringen.

Ort, Datum

Unterschrift