



## KlientInnen Fragebogen - Kind

Name & Vorname des Kindes:

Name & Vorname der Erziehungsberechtigten Person:

Geschwister (Name & Jahrgang):

Strasse & Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail (Erzieher/in):

Geburtsdatum:

Spontangeburt

geplanter Kaiserschnitt

Notkaiserschnitt

Geburtskomplikationen: wenn ja, welche:

---

(Erzieher/in) Kenntnisse von Craniosacral Therapie?

---

Fragen in Bezug aufs Kind:

Behandlungsauftrag/Grund des Besuchs:

Vorlieben/ Freuden/(Hobbies bei älteren Kindern):

Momentane oder frühere Beschwerden, Krankheiten? Kürzliche Operationen oder Unfälle?

Was bringt/brachte Linderung?

Was verschlimmert/e die Beschwerden?

Laufende ärztliche (oder psychologische) Behandlung? Wenn ja, welche? Wie lange schon?

Einnahme von Medikamenten? Wenn ja, welche? Wie lange schon? Wie oft?

Besondere Ereignisse im letzten halben Jahr oder solche die schon länger her sind? (Wann? Was?)

Weiteres was wichtig für die Therapie sein könnte?

---

Der/ die Erziehungsberechtigte erkundigt sich über eine Kostenbeteiligung durch Kranken/  
Gesundheitskasse oder Unfallversicherung und haftet für die Behandlungs-/Therapiekosten.

Diese ganzheitliche Methode kann körperliche und/oder seelische Reaktionen auslösen.

Bei Unsicherheiten kontaktieren Sie mich bitte unter ☎ 079 446 70 34 oder

senden Sie mir eine E-Mail an [info@craniosacral-praxis-huwiler.ch](mailto:info@craniosacral-praxis-huwiler.ch)

---

Hausarzt/-ärztin, Ort:

Entbindung der Schweigepflicht gegenüber dem obengenannten Arzt? JA  NEIN

---

Kostenträger:

Krankenkasse  Unfallversicherung  Name der Versicherung:

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift: