



## KlientInnen Fragebogen

Name & Vorname:

Strasse & Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Beruf:

Haben Sie Kinder? Ja  Nein

Früher ausgeübte Berufe:

---

Kennen Sie die Craniosacral Therapie?

Behandlungsauftrag/Grund des Besuchs

Eigene Kraftquellen (Hobbies, was macht Ihnen Freude, was gibt Ihnen Kraft im Alltag?)

Momentane Beschwerden? (Krankheit, Unfall, Operation, psychische Belastungen...)

Was lindert/verstärkt die Beschwerden?

Laufende Behandlungen (Arzt, Psychotherapeut, TCM, Physiotherapeut...)? Wenn ja, welche?

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

Frühere Beschwerden (Krankheiten/Operationen/Unfälle seit der Kindheit/Geburt)

Besondere Ereignisse die für Sie prägend/einschneidend waren?

Weiteres was wichtig für die Sitzung sein könnte?

---

Der Klient 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 für Sabina Huwiler gegenüber dem obengenannten Arzt für mögliche Rückfragen zum Gesundheitszustand (Klientensicherheit) JA  NEIN

Kostenträger:

Krankenkasse  Unfallversicherung  Name der Versicherung:

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift: