



KlientInnen Fragebogen

Name & Vorname:

Strasse & Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Beruf:

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Früher ausgeübte Berufe:

Wenn ja, wie ist der Jahrgang:

Wie haben Sie die Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder erlebt?

Spontan Kaiserschnitt geplant Notkaiserschnitt

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

Meine aktuellen Datenschutzbestimmungen sind auf meiner Webseite ersichtlich

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: