



KlientInnen Fragebogen - Kind

Name & Vorname des Kindes:

Name & Vorname der Erziehungsberechtigten Personen:

Geschwister (Name & Jahrgang):

Wohnadresse:

Telefonnummer:

E-Mail (Erzieher/in):

Geburtsdatum:

Wie ist Ihr Kind zur Welt gekommen?

Spontangeburt Kaiserschnitt – geplant JA oder NEIN Notkaiserschnitt

einfach & schnell kompliziert & lange traumatisch & lebensbedrohlich

Gab es Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen? wenn ja, welche:

(Erzieher/in) **Kennen** Sie Craniosacral Therapie?

Fragen in Bezug aufs Kind:

Behandlungsauftrag/Grund des Besuchs:

Vorlieben/ Freuden/ Hobbies (bei älteren Kindern oder Jugendlichen):

Momentane oder frühere Beschwerden, Krankheiten? Operationen oder Unfälle?

Was bringt Linderung?

Was verschlimmert die Beschwerden?

Laufende ärztliche, psychologische oder andere therapeutische Behandlungen?

Wenn ja, welche? Wie lange schon?

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

Besondere/einschneidende Ereignisse im Laufe des Lebens? 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 Behandlungskosten.

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 www.craniosacral-praxis-huwiler.ch ersichtlich

Darf ich Ihnen die Rechnung per E-Mail zusenden? JA NEIN

Hausarzt/-ärztin, Ort:

Gegenseitige Entbindung der Schweigepflicht für obengenannten Arzt und Sabina Huwiler?

JA NEIN

Kostenträger:

Krankenkasse Unfallversicherung Name der Versicherung:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift: