



Ich bin:	Rechtshänder	Linkshänder	umtrainierter Rechtshänder	
Wurden bei Ihnen jemals ein Herzproblem festgestellt?			ja	nein
Mein Blutdruck ist:		niedrig	normal	hoch
Schilddrüse:	Unterfunktion	Überfunktion	normal	weiß nicht
	Morbus Basedow	Hashimoto	sonstige SD-Erkrankung	

**Nur für Frauen:**

Hatten Sie bereits eine Geburt?	ja	nein
Ggf. Anzahl der Schwangerschaften und Abgänge?		
Ggf. Alter des Kindes/der Kinder?		
Sind Sie aktuell schwanger?	ja	nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	ja	nein
Wenn ja, wissen sie warum?		
Sind sie aktuell in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, warum?		
Sind sie aktuell bei einem Heilpraktiker in Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, warum?		
Sind oder waren Sie im letzten Jahr in Physiotherapie?	ja	nein
Wenn ja, warum?		
Sind oder waren Sie im letzten Jahr in osteopathischer Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, warum?		
Sind oder waren Sie in den letzten 2 Jahren in Psychotherapie?	ja	nein
Wenn ja, warum?		
Gibt es Bewegungen, die Ihnen Schmerzen bereiten?	ja	nein
Wenn ja, welcher?		
Leiden Sie unter sonstigen Schmerzen?	ja	nein
Wenn ja, welcher Art?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Vitamine/Hormone/Pille?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie bereits Operationen?	ja	nein
Wenn ja, welche? wann?		
Haben Sie Fußpilz?	ja	nein
Haben/hatten Sie ansteckende Krankheiten, wie z.B. Aids, Hepatitis, Tuberkulose?		
Wenn ja welche?		

Wurde bei Ihnen Osteoporose, Diabetes, Rheuma, Asthma, Nierenschwäche, Burn-out, Tumor oder eine andere Erkrankung diagnostiziert?

Wenn ja, welche?

Sonstige Anmerkungen, z.B. Unfälle, Schuh-Einlagen, künstliche Gelenke, etc.?

Wie ist Ihr Schlaf?

Fühlen Sie sich psychisch belastet? Fühlen Sie sich privat oder beruflich überfordert?

Wie stufen Sie Ihre persönliche Körper-Fitness ein, auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 10 (sehr gut)?

Wie stufen Sie Ihre persönliche Beckenboden-Fitness ein, auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 10 (sehr gut)?

Größe	cm	Gewicht	kg	Wunschgewicht	kg
-------	----	---------	----	---------------	----

Wie ernähren Sie sich?

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Leiden Sie unter Allergien? (Medikamente, bestimmte Stoffe, Lebensmittel)

Rauchen Sie? ja nein

Wenn „ja“ wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn „ja“ was und wie viel (durchschnittlich) pro Tag?

Was führt Sie zu mir?

- 1.
- 2.
- 3.

Wie lautet mein Arbeitsauftrag? / Was wünschen Sie sich von mir?

**Heilkunde**

Die Abrechnung erfolgt über das  
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker  
(GeBüH).

Osteopathie  
Faszientherapie / FDM  
Therapeutische Massagen  
Bewegungs-Therapie  
Beckenboden-Therapie  
Medizinische Ernährungsberatung

**Gesundheitsprävention**

Selbstzahlerleistungen

Meine spezielle Wohlfühl-Massage  
Bauchmassage  
Training – meine CenterCircle-  
Methode (Pilates, Spiraldynamik®,  
Franklin-Methode®, QiGong, Bio-  
Tensegrity)  
Mein Pilates-Ballance-Ball-Konzept  
Beckenboden-Training  
Ernährungsberatung  
Ganzheitliche Gesundheitsprävention

Wie stellen Sie sich unsere Zusammenarbeit vor?

- eine kurzfristige Behandlung für meine akuten Beschwerden (ca. 1-10 Termine)
- eine langfristige Behandlung diverser Beschwerden
- eine dauerhafte Begleitung mit regelmäßigen Terminen (Therapie & Prävention)
- Gesundheits-Intensiv-Tage am Starnberger See

Was ist Ihr kurzfristiges Ziel? (innerhalb von Tagen/Wochen)

Was ist Ihr langfristiges Ziel? (innerhalb von Monaten/Jahren)

Was werden Sie selber dazu beitragen, damit unsere Arbeit Erfolg hat?

### Termin-Absagen:

Kostenlose Terminabsagen sind bis 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin möglich. Für Termine am Montag bitte spätestens bis Freitag, 10.00 Uhr absagen.

Zu spät abgesagte oder vergessene Termine muss ich Ihnen leider berechnen

Sie können per Anruf, Nachricht auf dem Anrufbeantworter, per Fax oder per Email absagen.

Tel. 08304 – 9295335

Fax: 08304 – 9295731

Mobil: 0172 – 866 9902

Email: [info@christinkuhnert.de](mailto:info@christinkuhnert.de)

Selbstzahler bitte ich um Barzahlung nach dem Training.

Für Training/Bewegungstherapie/Beckenboden bitte bequeme Kleidung und Socken mitbringen.

Bitte denken Sie daran ärztliche Befunde, OP-Berichte und/oder Röntgen-/MRT-Bilder mitzubringen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

(Unterschrift in Druckbuchstaben)

Bitte lassen Sie mir den Fragebogen rechtzeitig vor unserem ersten Termin zukommen. Sie können ihn mailen, faxen oder per Post schicken.

**Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben,  
den Fragebogen auszufüllen!**