

FRAGEBOGEN - Allgemein

Vorname, Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Handy/Fax/Email:

Geburtsdatum:

Familienstand:

erlernter Beruf:

aktuelle Tätigkeit:

Meine Tätigkeit ist überwiegend: sitzend stehend abwechselnd

Sport/Hobbies:

Krankenversicherung:

Bei Privatversicherungen bitte genaue Vertragsbezeichnung:
(wichtig damit ich eine für Sie optimierte Rechnung erstellen kann!)

Haben Sie Heilpraktikerleistungen mit- oder zusätzlich versichert? ja nein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Haben Sie bereits Erfahrungen mit einer bewegungstherapeutischen Methode gemacht? (Pilates, Gyrotonic, Spiraldynamik, Feldenkrais, Yoga,...) ja nein

.....

.....

Ich bin: Rechtshänder Linkshänder umtrainierter Rechtshänder
 Wurden bei Ihnen jemals ein Herzproblem festgestellt? ja nein
 Mein Blutdruck ist: niedrig normal hoch weiß ich nicht
 Schilddrüse: Unterfunktion Überfunktion normal weiß ich 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 jemals in Krankengymnastik/Physiotherapie? ja nein
 Wenn „ja“, warum?
 Sind oder waren Sie jemals in osteopathischer Behandlung? ja nein
 Wenn „ja“, warum?
 Sind oder waren Sie jemals in Psychotherapie? ja nein
 Wenn „ja“, warum?
 Gibt es Bewegungen, die Ihnen Schmerzen bereiten? ja nein
 Wenn „ja“ welche?
 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/hatten 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 / 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..... Gewicht..... Wunschgewicht

Wie ernähren Sie sich?

Sind Sie gegen bestimmte Stoffe allergisch? Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

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.

Was wünschen Sie sich von mir?

präventives Körpertraining Bewegungs-Therapie Beckenboden-Training

Eigenübungsprogramm für zuhause

Osteopathie Faszien-Therapie/FDM ganzheitlichen Aspekt

meine Spezial-Massage (intuitive, individuelle Massage mit verschiedenen therapeutischen Techniken) (90-120 Minuten)

Ernährungsberatung

Wie stellen Sie sich unsere Zusammenarbeit vor?

- eine kurzfristige Behandlung für meine akuten Beschwerden (ca. 1-5 Termine)
- eine mittelfristige Behandlung verschiedener Beschwerden (ca. 6-20 Termine)
- eine langfristige Behandlung komplexer Beschwerden
- eine dauerhafte Begleitung mit regelmäßigen Terminen (Therapie & Prävention)

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

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Was können Sie selber dazu beitragen, damit es Ihnen bald besser geht?

.....
.....
.....

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.
Sie können per Anruf (Anrufbeantworter), per Fax oder per Email absagen.

Tel. 08801 – 91 32 66
Fax: 08801 – 91 19 38
Email: info@christinkuhnert.de

Selbstzahler bitte ich die Gebühr für das Training/die Behandlung in bar mitzubringen.

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

Ggf. Befunde, Arztberichte, Laborwerte und/oder Röntgen-/MRT-Bilder mitbringen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

.....
(Namen in Druckbuchstaben)

Bitte schicken, eingescannt mailen oder faxen Sie den Fragebogen spätestens eine Woche vor Ihrem ersten Termin an mich zurück:

Christin Kuhnert
Bahnhofstrasse 22b
82402 Seeshaupt
Tel. 08801 – 91 32 66
Fax: 08801 – 91 19 38
Email: info@christinkuhnert.de

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