



Infos Klient*in

Name & Vorname

Krankenkasse

Adresse

Telefon

E-mail

Geburtsdatum

weiblich

männlich

Berufliche Situation (viel sitzen, stehen, fordert viel Kraft, besondere Anforderungen, Pensum in %)

Sportliche Betätigung / Bewegung im Alltag (Fahrradfahren, Spazieren, Joggen, etc.)

Lebenssituation (lebst Du alleine? in einer Partnerschaft / Ehe? hast Du Kinder?)



Wie geht es Dir im Moment? (zutreffendes unterstreichen)

Schlafgewohnheiten

schlafe gut ein	schlafe lange nicht ein		
erwache in der Nacht:	mehrmals	selten	gegen Morgen
	regelmässig	phasenweise	

Verdauung

in Ordnung	Verstopfung	Durchfall	Bauchschmerzen
------------	-------------	-----------	----------------

ich reagiere auf Herausforderungen / Stress mit (siehe oben)

Zyklus

regelmässig	unregelmässig	kein	vorbei
schmerzhaft	schmerzhafter Eisprung	schwanger	Wechseljahre

Blutdruck

Fühlst Du Dich derzeit eher gesund oder krank?

Fühlst Du Dich eher entspannt oder verspannt?

Fühlst Du Dich eher zufrieden oder unzufrieden?

Bist Du im Alltag eher gelassen oder gereizt? (Temperament)



Was verursacht Stress?

Was verhindert Stress?

Was tut Dir gut in stressigen Momenten / Phasen?

Welche körperlichen Symptome löst Stress bei Dir aus?

Beschwerden

Hast Du im Moment Beschwerden / Schmerzen in Deinem Körper? Wie ist deine Atmung? Wie geht es Dir psychisch?

Medikamente

Nimmst Du regelmässig Medikamente ein? Oder nur in gewissen Momenten (z.B. Kopfschmerzen)? Wenn ja, welche?

Andere Therapieformen / Behandlungen

Bist Du zur Zeit in Physiotherapie / Psychotherapie oder anderen Behandlungen?

Besonderheiten in der persönlichen Geschichte

Frühere, schwere Erkrankungen, Operationen, schwierige psychische Phasen etc.



Bist Du eher ein Nasen- oder Augenmensch? Antworte aus dem Bauch heraus...

Hauptgrund / Ziel des Kommens

Was möchtest Du verändern? Wie stellst Du fest, dass sich etwas verändert? Was fällt Deinen Mitmenschen auf?

Bei Negativzielen: Was tust Du stattdessen? Beschreibe wie es sich anfühlt, keine Schmerzen zu haben. Wie bist du, wenn du nicht mehr so nervös / ängstlich bist? Wie zeigt sich mehr Gelassenheit in Deinem Alltag? etc.

Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben.

.....

Datum & Ort

.....

Unterschrift Klient*in

Der Inhalt dieses Fragebogens sowie sämtliche Behandlungen von **Sylvia Hohl • einfach sein** unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.