

Cécile Striby Schneider, Dipl. Kinesiologin AP, 4242 Laufen

## Personalienblatt

Name Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort .....

Telefon privat: .....

Telefon Geschäft: .....

Mobile: .....

e-mail: .....

---

Krankenkasse Zusatzversicherung  ja  nein

Wenn ja, wo: .....

Wie sind Sie auf meine Adresse gekommen?

auf Empfehlung  per Internet  Werbung

anderes .....

---

## Anliegen

Bitte schildern Sie kurz, welches **Hauptanliegen** Sie mit der Kinesiologie angehen wollen.

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

Haben Sie die Kinesiologie bereits einmal in Anspruch genommen?

ja  nein

Wenn ja, wann und weswegen?.....

Haben sie andere alternative oder komplementäre Therapien in Anspruch genommen?

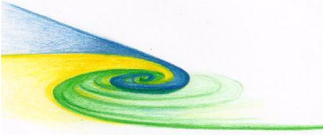
ja  nein

Wenn ja, welche?.....

Sind Sie zurzeit in schulmedizinischer Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, weswegen? .....



**Cécile Striby Schneider, Dipl. Kinesiologin AP, 4242 Laufen**

Nehmen Sie zurzeit Medikamente (vom Arzt/Naturarzt verschriebene, selbst gekaufte)

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Körpergrösse: .....

Körpergewicht: .....

**Soziales Umfeld**

Leben Sie alleine?  Partnerschaft/Ehe  Familie

Haben Sie Kinder? wenn ja, wie viele.....

Beschreiben Sie kurz Ihre **berufliche Tätigkeit:**

(stehend, sitzend, körperlich, geistig, etc)

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

**Welches Ziel** möchten Sie erreichen?

.....  
.....

Woran erkennen Sie, dass Sie das **Ziel Ihres Anliegens erreicht** haben?

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

Ort, Datum .....

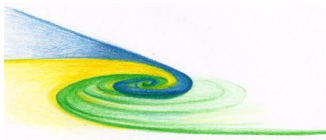
Unterschrift .....

Liebe(r) Klient(in)

Das Ziel der kinesiologischen Balance ist, übermässigen Stress, der den Energiefluss blockiert zu erkennen und abzubauen. Dank selbstverantwortlichem und reflektiertem Handeln wird ein bewusster Prozess in Gang gesetzt um die Selbstheilungskräfte und das Lernvermögen im körperlichen, geistigen und seelischen Bereich zu unterstützen.

Cécile Striby Schneider  
Dipl. Kinesiologin AP

Bitte füllen Sie nun auch den separaten Anamnese-Fragebogen aus.



## Anamnese-Fragebogen Kinesiologie für Erwachsene

### Fragen zu alltäglichen Gewohnheiten:

Rauchen Sie **Zigaretten**?

ja  nein

Wenn ja, mehr wie  5  10  20  40 /Tag

andere Rauchwaren:  ja  nein

### **Nahrungsmittel:**

**Alkoholische** Getränke

Kaum od. keine

Ab und zu

regelmässig

Essen Sie **Fertiggerichte**?

Kaum od. keine

Ab und zu

regelmässig

Verwenden Sie **Mikrowelle**?

Kaum od. keine

Ab und zu

regelmässig

Haben Sie spezielle **Gelüste** und **Vorlieben**?

ja  keine Besonderen

Wenn ja, welche? .....

Haben Sie **Unverträglichkeiten**?

Nahrungsmittel

Allergien

Betreiben Sie **Sport**?

nein  gelegentlich  regelmässig

Welche Sportarten bevorzugen Sie? .....

Haben Sie körperliche Schwachstellen und/oder Verletzungen?

.....

Welche **Ausgleichsaktivitäten/Hobbies** haben Sie?

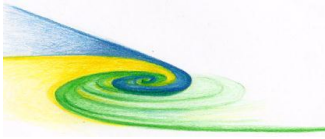
.....

Fühlen sie sich in letzter Zeit **antriebslos, müde** usw.

nie

ab und zu

oft



### Krankengeschichte in der Familie

Ist/sind ein oder mehrere **Familienangehörige** (Kinder, Mutter, Vater, Geschwister) verstorben?

ja  nein

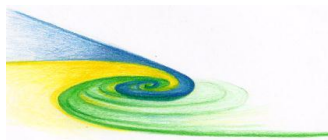
Wenn ja, welche? .....

Leiden oder litten **Familienangehörige** unter folgenden Krankheiten? Wenn ja, wer?

- Genetische Krankheit .....
- Psychische Krankheit .....
- Tumore/Karzinome .....
- Blutkrankheiten .....
- Zuckerkrankheiten .....
- Rheumatische Erkrankungen.....
- Hoher Blutdruck/Herz .....
- Allergie/Haut .....
- Asthma/Lunge .....
- Nieren/Blase .....
- Magen/Darm .....
- Migräne .....
- Epilepsie/Neuralgisches.....
- Alkohol/Drogen/Medikamentenmissbrauch .....

Haben oder hatten **Sie** in der Vergangenheit Probleme mit folgenden **Organen**? Wenn ja, beschreiben Sie kurz, welcher Art die Probleme sind/waren.

- Herz-Kreislauf .....
- Atemwege - Lunge .....
- Nasen-Hals-Ohren .....
- Haut .....
- Augen .....
- Magen .....
- Leber .....
- Gallenblase .....
- Dünndarm .....
- Dickdarm .....
- Niere .....
- Blase .....
- Sexualorgane .....
- Bewegungsapparat (Muskeln/Gelenke).....
- Nervensystem (Psyche–Hormone).....
- anderes .....



**Vegetative Störungen:**

- Schwindel .....
- Kopfschmerzen .....
- Schmerzen allgemein .....
- Migräne .....
- Wetterfühligkeit .....
- Nachtschweiss .....
- Einschlafstörungen .....
- frühzeitiges Erwachen .....
- Konzentrationsschwäche .....
- Gedächtnisschwäche .....
- Nervosität .....
- Müdigkeit .....
- Verstimmungen .....
- Ängste .....
- anderes .....

Sind bei Ihnen in letzter Zeit **eine oder mehrere der folgenden Ereignisse** eingetroffen?

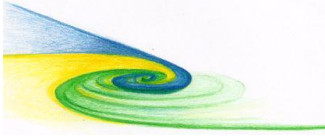
- Hochzeitsvorbereitungen
- Scheidung / Trennung
- Umzug/Hausbau
- Beruflicher Wechsel
- starke berufliche Belastung
- Arbeitslosigkeit
- belastendes Verhältnis zu Nachbarn
- Schwererziehbares Kind
- Pflege eines Angehörigen
- Schwere Krankheit/Probleme im Familien- oder Bekanntenkreis
- Tod eines nahen Angehörigen
- finanzieller Stress
- familiärer Stress
- andere

**Wohn-Lebensform:**

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus
- andere Wohnform

**Umwelteinflüsse:**

- Lärm
- Elektrosmog



**Fragen an die Frau:**

**Probleme mit Schwangerschaft / Geburt**

- unerfüllter Kinderwunsch
- Problematischer Schwangerschaftsverlauf
- Geburten
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

**Menstruationszyklus**

- PMS
- unregelmässig
- Blutungen: zu schwach, zu stark, Zwischenblutungen
- Schmerzen
- Stimmungsschwankungen

**Menopause**

Schildern Sie das Beschwerdebild

.....  
.....

**Sonstiges**

Was Sie sonst noch erwähnen möchten:

.....  
.....

Ort, Datum Unterschrift