

Anamnesebogen

Martina Freund, Dipl. Hara Shiatsu Praktikerin



Körper - Geist - Seele

Name	_____	Titel	_____
Geburtsdatum	_____	1. Termin	_____
Adresse	_____	Telefon	_____
	_____	Mobil	_____
Beruf	_____	e-mail	_____
Familienstand	_____	Kinder	_____

Beschwerden / Geschichte

Genaue Beschreibung der Beschwerden, erstes Auftreten, Häufigkeit, Intensität, mögliche Auslöser (Stress, Ernährung, einschneidende Lebensveränderungen), Verletzungen, Operationen

Zusätzliche Therapien _____

Medikamente _____

Hobbies

Wofür kann ich mich begeistern? _____

Essverhalten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> habe eher viel Appetit | <input type="checkbox"/> Verdauung eher träge | <input type="checkbox"/> Stuhl gut geformt, hart |
| <input type="checkbox"/> habe eher weniger Appetit | <input type="checkbox"/> Verdauung eher schnell | <input type="checkbox"/> Stuhl eher weich, ungeformt |

Ich esse gerne

- | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> bitter |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Schlafverhalten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> brauche eher wenig Schlaf | <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Einschlafen | <input type="checkbox"/> fühle mich nur morgens müde |
| <input type="checkbox"/> brauche eher viel Schlaf | <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Durchschlafen | <input type="checkbox"/> fühle mich untertags oft müde |

Temperaturhaushalt

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> mir ist immer warm | <input type="checkbox"/> ich schwitze selten | <input type="checkbox"/> ich schwitze bei Stress |
| <input type="checkbox"/> mir wird leicht kalt | <input type="checkbox"/> ich schwitze leicht | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |

Zyklus

Zyklusabstand _____ Zyklusdauer _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Menstruation | <input type="checkbox"/> Blut dunkel und klumpig | <input type="checkbox"/> Blut hell und dünn |
| <input type="checkbox"/> kräftige <input type="checkbox"/> schwache Menstruation | <input type="checkbox"/> Pille oder hormonelle Verhütung | |

Ziele Was erwarte ich mir von der Behandlung

Kenntnisnahme

Ich bestätige hiermit, dass ich von Frau Martina Freund, Dipl. Hara Shiatsu Praktikerin, über den gewerblichen Charakter von Shiatsu aufgeklärt wurde. Naturgemäß dürfen gewerbliche Behandlungen nur an gesunden Menschen bzw. nach Rücksprache mit dem Arzt oder Therapeuten durchgeführt werden.

Des Weiteren wurde ich darüber ausdrücklich in Kenntnis gesetzt, dass Shiatsu kein Gesundheitsberuf ist und keinen Ersatz für eine medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische oder sonstige therapeutische Behandlung darstellt.

Beim Vorliegen von Beschwerden ist eine medizinische Abklärung unbedingt notwendig, und ich nehme zur Kenntnis, dass Shiatsu-Behandlungen in diesem Fall nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/Therapeut eventuell nach Hinzuziehung zusätzlicher Meinungen anderer fachkundiger Ärzte/Therapeuten stattfinden können.

Ich nehme weiters zur Kenntnis, dass Terminänderungen- und absagen einen Tag vorher bekannt zu geben sind, ansonsten gilt die Behandlung als konsumiert und wird verrechnet.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____