

# Healing-Touch-Anamnesebefragung

Datum: \_\_\_\_\_ Klient: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ Praktiker: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Informationen

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_ Gesetzliche Vertreter, falls unter 18 Jahren: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Lebenssituation (Familienstand/Haustiere/Alleinstehend; Zuhause erholsam oder belastend? Soziale, familiäre, persönliche Unterstützung?): \_\_\_\_\_

Welche Veränderungen würden Sie sich als Ergebnis dieser Behandlung wünschen?

Frühere Erfahrungen mit Energiemedizin/Healing Touch?

Hobbies & Interessen:

**Spirituelle** Überzeugungen/Praktiken/Zugehörigkeiten:

Ist Ihr Glaube für Sie unterstützend? \_\_\_\_\_ Wort/Name(n), welches Sie für Höhere Kraft benutzen? \_\_\_\_\_

Welche Stärkung haben Sie erfahren?

## Selbstfürsorge

Derzeitige Selbstfürsorge (Sport, Meditation, Entspannung, Körperpflege, Tagebuchführung, etc.):

Verwenden Sie eine Skala von 1-10, um **Problemgebiete** zu bewerten, wobei 10 ein extremes Problem darstellt. Bitte beschreiben Sie die Probleme, die Sie mit 7 oder höher einstufen.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Beziehungen | <input type="checkbox"/> Depression                | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen           |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Gesundheit  | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen     | <input type="checkbox"/> Schmerzen               |
| <input type="checkbox"/> Geistige Gesundheit     | <input type="checkbox"/> Ärger                     | <input type="checkbox"/> Erschöpfung/Lethargie   |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Gesundheit   | <input type="checkbox"/> Ängste/Sorgen             | <input type="checkbox"/> Hormonelle Probleme     |
| <input type="checkbox"/> Spirituell              | <input type="checkbox"/> Panik- oder Angstattacken | <input type="checkbox"/> Allergien               |
| <input type="checkbox"/> Arbeit                  | <input type="checkbox"/> Trauma/PTBS               | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Finanzen                | <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme        | <input type="checkbox"/> Geborgenheit            |
| <input type="checkbox"/> Essprobleme/Ernährung   | <input type="checkbox"/> Persönliche Ziele         | <input type="checkbox"/> Große Lebensveränderung |
| <input type="checkbox"/> Süchte                  |  | <input type="checkbox"/> Andere                  |

## Maßgebende Krankengeschichte

Gegenwärtiger Gesundheitszustand:  ausgezeichnet  sehr gut  gut  mäßig  schlecht

Worauf führen Sie Ihre gegenwärtige/n Situation, Symptome oder Gesundheitsprobleme zurück?

Letzte ärztliche Untersuchung:

Aktuelle Therapeuten:

Krankengeschichte (Listen Sie bitte Ihre Krankheiten/Diagnosen mit Datum/Jahr auf):

Krankenhausaufenthalt/Operationen/Unfälle/Verletzungen (Datum/Jahr/Komplikationen?):

Mentaler Gesundheitszustand oder Diagnosen:

Mentale/Emotionale Traumata (Zustand/Datum/Jahr):

Derzeitige Medikation/rezeptfreie Arzneimittel/Beruhigungsmittel:

Nahrungsergänzungsmittel:    Vitamine    Mineralstoffe    Heilpflanzen    Homöopathika    Bachblüten    Andere

Schlafqualität/Verwenden Sie irgendwelche Hilfsmittel/wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

**Ernährung/Ernährungsweise**

Ausscheidung:

Tägliche Menge an Wasser:

Kaffee / Alkohol / Zigaretten / Menge:

Gibt es noch **irgendetwas**, was ich wissen sollte? Haben Sie zu meiner Person oder zu Healing Touch noch Fragen?