

Anamnesebogen Craniosacral Therapeutin Myriam Graf

Kontaktangaben	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name, Vorname	
Strasse/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon/Natel	
Email	
Krankenkasse	Zusatzversicherung
Hausarzt/-ärztin, Ort	
Gynäkologe/In, Ort	
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)	
Erhalt der Rechnung: Per	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Mail

Angaben zur Person	
Geburtsdatum	Nationalität
Grösse	Gewicht
Beruf früher ausgeübte Berufe	
Zivilstand	
Freizeit/Sport/Hobbys	
Eigene Kraftquellen/Ressourcen	

Persönliche Anamnese	
Zigarettenkonsum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl Zigaretten/d
Alkoholkonsum	
Operationen Verlauf, Jahr	
Unfälle: Jahr, Folgen?	
Erkrankungen	
Besondere Ereignisse in den letzten 3 Monaten	
Laufende Behandlungen	

Name, Vorname und Geburtsdatum

Medikamente	
Psyche/psychologische Behandlungen	
Allergien	

Familienanamnese	
Erkrankungen in der Familie	

Konsultationsgrund
Bei Beschwerden Angabe, seit wann sie bestehen und wann/wie sie sich bemerkbar machen

Kenntnisse von Craniosacral Therapie oder anderen Therapieformen? Zur Zeit in Behandlung? Wenn ja, in welcher/welchen?

Weiteres, was für die Therapie wichtig sein könnte?

Mit diesen Personendaten werde ich ein Dossier erstellen und die Behandlungen erfassen, dokumentieren und speichern. Als CS-Therapeutin unterliege ich der Schweigepflicht, ich gebe nur auf ausdrückliches Einverständnis des Klienten Daten an Dritte weiter. Bei meldepflichtigen Krankheiten, bei Verdacht auf Missbrauch durch Dritte oder im Falle einer Betreibung befreit mich der Klient / die Klientin mit Seiner / Ihrer Unterschrift der Schweigepflicht. Der Klient / die Klientin erkundigt sich selbst über eine Kostenübernahme durch Kranken-/ Gesundheitskasse/Unfallversicherung und haftet für die Behandlungs-/Therapiekosten selbst. Versäumte / abgesagte Sitzungen weniger als 24 Stunden vor Sitzungsbeginn werden in Rechnung gestellt. Bei Nichtbezahlen meiner Rechnungen darf ich Sie / Ihn betreiben.

Ich bestätige, alles gelesen und die Angaben richtig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort, Datum, Unterschrift _____