



## Anamneseformular für Erwachsene

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
Krankenkasse	Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Soziales Umfeld

Leben Sie alleine? PartnerIn? Familie?

### Berufsbezeichnung

Beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:  
(stehend, sitzend, körperlich, geistig etc.)

### Bewegungsaktivitäten in welcher Form

Körperliche Schwachstellen und Verletzungen?

### Ausgleichsaktivitäten/Hobbies

### Erkrankungen/Symptome

Welche Erkrankungen, Symptome oder Befindlichkeitsstörungen haben Sie zurzeit oder sind Ihnen in der Vergangenheit bekannt? Bitte kreuzen Sie an und vermerken Sie jeweils:

- Art der Beschwerden
- Zurzeit in ärztlicher Behandlung  
Name und Adresse des Arztes:
- Medikamente (Welche?)
- Operationen (Wann?)

**Gehirnfunktionen**

- Schlechtes Gedächtnis
- Konzentrationsprobleme
- Stimmungsschwankungen
- Schlafprobleme
- Angstzustände

**Qualität Haut und Haar**

- Trockene Haut
- Hautausschlag
- Haarausfall
- Geschwollene Augen

**Geschlechtsorgane**

- Unregelmässige Menstruation
- Zu starke Menstruation
- Unfruchtbarkeit
- Erektionsstörungen
- Libidoverlust

**Kreislauf/Atemfunktionen**

- Hoher Blutdruck
- Atembeschwerden
- Schlafapnoe

**Muskel/Gelenkfunktionen**

- Muskelkrämpfe
- Muskelschwäche
- Schmerzen
- Eingeschlafene Hände und Füsse

**Metabolische Funktionen**

- Warm/Kalt Intoleranz
- Gewichtszunahme /-abnahme
- Verstopfung
- Allgemeine Müdigkeit
- Hungergefühl
- Zuckersucht

**Immunsystem**

- Chronische Entzündungen
- Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Geschwächt / Krankheitsgefühl

**Vegetative Störungen**

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Schmerzen allgemein
- Migräne
- Wetterfühligkeit
- Nachtschweiss
- Nervosität

**Zähne und Mundmilieu**

- Wurzelbehandlungen / tote Zähne
- entzündetes Zahnfleisch
- Mundaften

## **Fragen nach andern Bereichen, die für eine Therapie/Behandlung berücksichtigt werden müssen**

Familiäre Erkrankungen

Mögliche Belastungsfaktoren

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

- Scheidung / Trennung
- Umzug
- Beruflicher Wechsel
- Starke berufliche Belastung
- Schwere Krankheit im Familien- oder Bekanntenkreis
- Probleme naher Angehörigen
- Hausbau
- Finanzieller Stress
- Familiärer Stress
- Todesfall
- Unglücksfall

### **Zigaretten und andere Rauchwaren**

- 5    10    20    40

### **Alkoholische Getränke**

- Kaum oder keine
- Ab und zu
- Regelmässig

### **Essgewohnheiten**

- Fertiggerichte
- Kantine oder Restaurationsverpflegung
- Spezielle Gelüste und Vorlieben
- Haben Sie häufig auf etwas bestimmtes Heisshunger?
- Gewichtsprobleme

**Körpergrösse:**

**Körpergewicht:**

### **Umwelteinflüsse / Wohnen / Arbeiten**

- Lärm
- Elektromog
- Soziales Umfeld (Nachbarschaft)
- Arbeitsumfeld

**Schwangerschaft / Geburt**

- Unerfüllter Kinderwunsch
- Schwangerschaftsverlauf
- Anzahl Geburten
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

**Menopause**

Schildern Sie das Beschwerdebild

**Welches Ziel möchten Sie erreichen?****Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?**

Es werden weder aufgrund dieses Fragebogens noch in der kinesiologischen Begleitung Diagnosen gestellt. Das Ziel der Balance ist es, den Zugang zu den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu finden, um den Heilungsprozess zu fördern. Dank selbstverantwortlichem und reflektiertem Handeln wird ein bewusster Prozess in Gang gesetzt auf dem Weg hin zur Gesundheit und mehr Wahlfreiheit im Leben.

Bitte Formular ausfüllen und in die erste Balance-Sitzung mitbringen.

Ort, Datum

Unterschrift