

## KLIENTENBLATT

**Name, Vorname**

Adresse

Geburtsdatum

Tel./ Mobil

E-Mail

Beruf

**Familie: Partner/in, Kinder (Jahrgang)?**

Hobbies:

**Ihr Anliegen:**

**Krankheiten:** Welche und gibt es allenfalls eine schulmedizinische Diagnose und wie lautet sie?

**Leiden Sie unter Ängsten:**

**Schmerzen:** Wo? Sind die Schmerzen stechend, pochend od. Dauerschmerz? Wann tritt Schmerz auf (in Bewegung, in der Nacht) ?

Schmerzskala: (0= keinen/ 10 = Maximum):

Was hilft gegen den Schmerz?

**Medikamente:** Welche? Dosierung?

**Ärztliche Behandlung od. Therapien derzeit oder in den letzten 5 Jahren:**

---

**Unfälle/ OP(s) / Narben**– welche + wann?

---

---

---

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?** (Ein- od. Durchschlafstörungen)

---

---

---

**Leiden Sie an Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?**

---

---

---

---

**Leiden Sie unter Depressionen?**

---

---

---

---

**Wurden Sie geimpft? Welche Impfungen?**

---

---

---

**Gab es Reaktionen auf die Impfungen:** Nebenwirkungen wie z.B. Fieber, Unruhe, Schlaflosigkeit etc.?

---

---

---

**Gab es spezielle Ereignisse bei Ihrer Geburt oder bei der Geburt Ihrer Kinder?**  
(Spontangeburt, Kaiserschnitt, Notfallkaiserschnitt, Komplikationen?)

---

---

---

---

**Behandelnder Arzt/ Hausarzt:**

---

---