**Aufnahmeformular** Clinical Somatic Education

Wichtiger Hinweis: Bitte nehmen Sie sich Zeit dieses Formular sorgfältig auszufüllen. Es dient dazu, die Sitzung bestmöglich auf Sie abzustimmen. Alle Angaben sind freiwillig, werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtstag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße/Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Wohnort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon / Mobil: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Beruf und/oder Interessen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Händigkeit (rechts/links/beides): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden. Wo genau haben Sie die Beschwerden? Sind sie chronisch? Wie lange bestehen sie schon? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte listen Sie aktuelle und auch (weit) zurückliegende Unfälle, Verletzungen, schwere Erkrankungen oder Operationen auf. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente (z.B. Betablocker, Schmerzmittel)? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte listen Sie die verschiedenen Behandlungsmethoden auf, die Sie bis jetzt aufgrund Ihrer Beschwerden bereits durchgeführt haben. Welche davon waren erfolgreich? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sind Sie aufgrund dieser Beschwerden in ärztlicher Behandlung oder Therapie? Wenn ja, welche Diagnose hat Ihr Arzt gestellt? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mussten Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Schmerzen bestimmte Tätigkeiten einstellen (z.B. Sport, Gartenarbeit, gesellschaftliche Ereignisse etc.)? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Können Sie gut einschlafen? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen ausgeruht? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Was sind Ihre persönlichen Ziele für die Clinical Somatics Sitzungen? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Wie haben Sie von der Clinical Somatic Education erfahren? Haben Sie bereits Erfahrungen damit gesammelt, wenn ja welche? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Möchten Sie weiterhin Angebote und Informationen in Form des Newsletters erhalten (der Newsletter kann jederzeit wieder abbestellt werden)? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben diese Fragen zu beantworten.   
Sollten Sie noch weitere Fragen haben, melden Sie sich bitte bei mir.

Ich freue mich auf Sie ☺

