



## Personendaten

Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum			
Adresse			
Ort/Bundesland/Postleitzahl			
Telefon (privat)		Telefon mobil	
E-Mail			
Datum des Termins			
Grund der Sitzung			

## Gesundheitliche Situation

<input type="checkbox"/>	Herzprobleme / Herz-Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Erhebliche Kreislaufprobleme
<input type="checkbox"/>	Probleme mit dem Rücken
<input type="checkbox"/>	in Behandlung bei Psychiater oder Neurologe
<input type="checkbox"/>	Schizophrenie
<input type="checkbox"/>	Medikamente
<input type="checkbox"/>	Probleme mit Schultern, Armen oder Händen
<input type="checkbox"/>	schwere psychische Erkrankung (Psychose)

Besteht eine Schwangerschaft?	
-------------------------------	--



## Lebensereignisse

Seit wann besteht das Problem?	
Was hast du bereits selbst unternommen?	
Gab es einschneidende oder traumatische Erlebnisse? Wenn ja bitte spezifizieren.	

## Behandlungsziel

Was ist das optimale Ergebnis der Sitzung(en)	
Woran merkst Du selbst, dass das Ergebnis erreicht wurde? Was merken Freunde, Bekannte und Kollegen?	