



Selbstauskunftsbogen

Für die optimale Vorbereitung auf unser persönliches Kennenlernen, bitte ich Sie, mir die Fragen zu den unten genannten Punkten so weit wie für Sie möglich zu beantworten. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder wollen lassen Sie bitte einfach aus, wir werden die Fragen dann, soweit erforderlich, gemeinsam erarbeiten.

Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Bogen spätestens 2 Tage vor unserem Termin per Mail an mail@melaniefriese.de

VIELEN DANK für Ihre Mitarbeit!!!

1. Angaben zur Person

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Handy-Nr., ggf. weitere Telefonnummer:

@mail:

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitgeber

Familienstand:

Name der Partnerin/ des Partners:

Kinder mit Namen und Alter:

Familienherkunft

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?:

Leben Ihre Eltern noch? Wenn nein, wann sind sie verstorben?:

Haben Sie Geschwister? Wenn ja, bitte mit Namen und Altersunterschied auflisten.:

Wie ist Ihre Stellung in der Geschwisterreihe?:

Haben Sie Vorerfahrung mit Hypnose, Selbsthypnose, autogenem Training, Meditation?

Haben Sie Erfahrung mit asiatischer Medizin?

2. Angaben zum Problem und zum Ziel der Behandlung

Benennen und beschreiben Sie Ihr Behandlungsanliegen/ Problem:

Wann treten die Beschwerden/ das Problem auf?

Was beeinflusst die Beschwerden?

	verbessert	verschlechtert	kein Einfluss
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugluft/ Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe/ Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

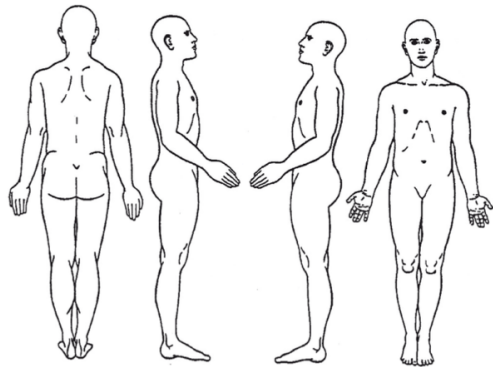
Weitere Faktoren?:

Was wird durch die Beschwerden/ das Problem (in Ihrem Leben) verhindert?

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

Wozu zwingt/zwingen Sie das Problem/ die Beschwerde?

Haben Sie Schmerzen im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden?
 Oder unabhängig davon?
 Wenn ja, wo? – bitte Schmerzort markieren.



Wie ist der Schmerz? (Zutreffendes bitte markieren, auch Mehrfachnennungen möglich):
 dumpf – stechend – pochend – brennend – krampfartig – ziehend – drückend
 Schwellung - Rötung – Überwärmung - Kälte
 Immer an einer Stelle – wechselnd/ wandernd
 kleiner Bereich/punktuell – flächig

Steifigkeit? ja nein
 Lokales Schweregefühl ja nein
 Lokales Schwächegefühl ja nein

Der Schmerz ist...
 immer da
 anfallsweise da
 dauernd, mit Schwankungen
 nachts stärker
 tagsüber stärker
 morgens stärker als abends
 abends stärker als morgens

Weitere Angaben:
 Ist Ihr Appetit gut? häufig selten nie
 Essen Sie regelmäßig? häufig selten nie

Nach dem Essen...
 ... Völlegefühl häufig selten nie
 ... Blähungen häufig selten nie
 ... Sodbrennen häufig selten nie
 ... Aufstoßen häufig selten nie
 ... Müdigkeit häufig selten nie

Haben Sie Heißhunger häufig selten nie
 auf _____ (z. B. Salzig, süß, sauer...)
 Lebensmittelallergien auf _____
 Sonstige Allergien auf _____

Durst vorhanden ja nein
 Trinkmenge/ Tag ca. _____ Liter

Stuhlgang

Häufigkeit:

- 1-2 x täglich häufiger
- alle 2 Tage
- 2- 3 x wöchentlich seltener

Konsistenz:

- geformt ungeformt
- weich wässrig hart

Wasserlassen

- Häufiger Harndrang
- Schmerzen/ Brennen
- Harnträufeln/ Inkontinenz

Infektneigung

- ja nein

Luftnot in Ruhe

- häufig selten nie

Luftnot bei Belastung

- häufig selten nie

Allergien (allerg. Asthma/ Heuschnupfen)

- ja nein

Husten

- häufig selten nie

Raucher od. Raucher im Haushalt

- ja nein

Ich schwitze...

... bei leichter Belastung/ in Ruhe

- häufig selten nie

... unter den Armen

- häufig selten nie

... am ganzen Körper

- häufig selten nie

... nachts

- häufig selten nie

... gar nicht

- häufig selten nie

Aufsteigende Hitze

- häufig selten nie

Hitzegefühl am Kopf

- häufig selten nie

Hitzegefühl am Dekolleté

- häufig selten nie

Nachtblindheit

- ja nein

Trockene Augen

- ja nein

Brüchige Nägel

- ja nein

Haarausfall

- ja nein

Verspannte Muskeln

- häufig selten nie

Muskelkrämpfe

- häufig selten nie

Kopfschmerzen/ Migräne

- häufig selten nie

Tinnitus/ Ohrgeräusch

- häufig selten nie

Schwindel

- häufig selten nie

Bindegewebsschwäche

- ja nein

Krampfadern

- ja nein

Neigung zu blauen Flecken

- ja nein

Ich ...

... bin reizbar bei geringen Anlässen

- häufig selten nie

... neige zu Wutausbrüchen

- häufig selten nie

... fühle mich überarbeitet

- häufig selten nie

... bin gestresst

- häufig selten nie

... kann mich gut entspannen

- häufig selten nie

... habe ein Kloßgefühl im Hals

- häufig selten nie

... friere leicht

- häufig selten nie

... habe Schmerzen um unteren Rücken

- häufig selten nie

... bewege mich/ mache Sport

- häufig selten nie

Diagnosen/ Operationen/ Unfälle:

Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel:

Nur für ♀

Alter bei der ersten Menstruation _____ Jahre

Alter bei der letzten Menstruation _____ Jahre

Schwangerschaften _____

Geburten _____

Meine Menstruation ist/ war...

... regelmäßig häufig selten nie

... zu stark häufig selten nie

... zu schwach häufig selten nie

... schmerzhaft häufig selten nie

Bitte Formulieren Sie Ihr Behandlungsziel:

Woran können Sie erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Was wird sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Was ist für Sie das Wichtigste im Leben?

Was ist Ihre größte Leidenschaft, Ihr größtes Hobby?

Glauben Sie an eine höhere Kraft?

Datum _____

Unterschrift _____