

Healing Touch – Anamnesebefragung

Datum _____

HT-Praktiker _____

Empfohlen von _____

Klient _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

E-Mail _____ Beschäftigung/Ausbildung _____

Grund für das Ersuchen um HT-Behandlung(en):

Gehabte Erfahrung mit Energiemedizin, Healing Touch oder Ähnlichem:

Lebensverhältnisse (Partner, Familie, allein, Haustiere etc.)

Inanspruchnahme von Therapeuten/Medizinern und wann: (Zutreffendes einkreisen)

Arzt Heilpraktiker Physiotherapeut Ernährungsspezialist Chiropraktiker
Berater/Therapeut andere _____

Operationen? Ja / Nein, welche Art? Wann?

Medizinische Probleme/Krankengeschichte: (Zutreffendes einkreisen)

Herz Lunge Verdauung Schilddrüse/hormonbedingt Bronchitis Asthma
Herzinfarkt Kreislauf Bluthochdruck Schlaganfall Blutgerinnsel Leber Magen Galle
Blinddarm Milz Pankreas Nieren Dickdarm Fortpflanzungsorgane
Urologischer Bereich Sexueller Missbrauch Essstörungen Krämpfe Krebs
Diabetes Augenprobleme Hörprobleme Depression Gewichtsprobleme
Kopfschmerzen Schwerer Unfall/Trauma Alkohol-/Drogenprobleme Allergien
anderes:

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel: (Zutreffendes einkreisen)

Rezeptfreie Medikamente Rezeptpflichtige Medikamente Homöopathische Mittel
Vitamine/Ergänzungsmittel/Kräuter/Heilmittel

Nehmen Sie (Art, Menge, Häufigkeit): Alkohol Partydrogen Tabakwaren Koffein

Ernährung:

Wasser: ____ Liter pro Tag

Ausscheidungen: Regelmäßig Verstopfung

Schlafmuster: Schlaflosigkeit? Schlafmittel?

Persönlicher Stress: Skala von 0 (kein Stress) bis 10 (extrem)

Grund: Krankheit ____ Arbeit ____ Beziehungen ____ Finanzen ____ Verlust ____

Entspannung / Selbstfürsorge: (Zutreffendes einkreisen)

Gymnastik/Sport Hobbies (welche) Freunde/Familie Hilfsgruppen
Beschreibung: _____

Spirituelle und/oder Glaubensrichtung und Anwendung:

Welchen Grund sehen Sie für Ihre gegenwärtigen Gesundheitsprobleme?

Wollen Sie mir irgendetwas anderes mitteilen? Wollen Sie Fragen stellen über mich oder über Healing Touch?

Zusätzliche Information:

