

## Vorbereitung für Erwachsene

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Strasse Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Beziehungsstatus: \_\_\_\_\_ Kinder und Alter: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ ggf. Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherten Nr.: \_\_\_\_\_  
Notfallkontakt (Name und Telefon Nr.) von jemandem, der dir nahesteht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

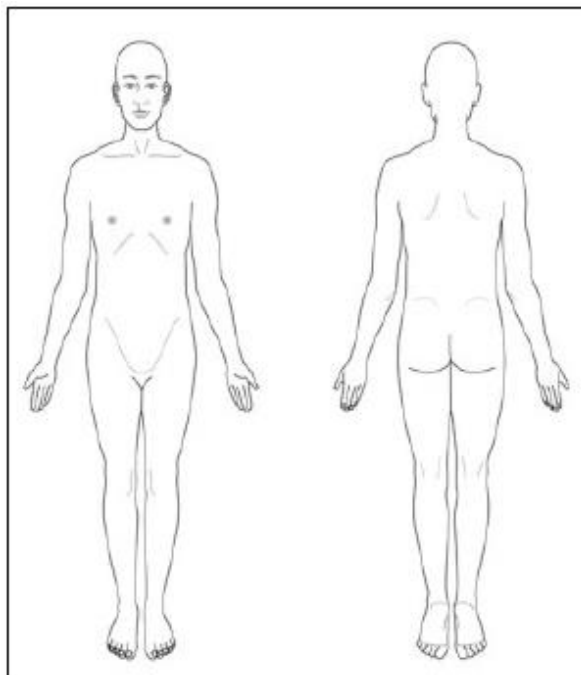
### Gesetzlicher Vertreter\*in, wenn du nicht mündig bist, (wird auf der Rechnung vermerkt).

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Strasse Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Aktuelles Befinden:** ☐ wohl ☐ unwohl ☐ neutral

Falls Schmerzen vorhanden: **Schmerzbereich(e) bitte kurz beschreiben und/oder einzeichnen.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hast du bekannte Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du einen hohen Blutdruck ☐ Nicht bekannt ☐ Ja ☐ Nein

Ist Cholesterin aktuell ein Thema? ☐ Ja ☐ Nein

Hattest du Unfälle (in den letzten 10 Jahren o. länger), falls relevant für die Sitzung? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hattest du Operationen (in den letzten 10 J. o. länger), falls relevant für die Sitzung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hast du Narben? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, schränken dich diese in deiner Bewegung ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wo ist/sind diese? \_\_\_\_\_

Nimmst du Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Wie viel? Wie oft? \_\_\_\_\_

Hast du Allergien und/oder Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie ist deine Ernährung und dein Trinkverhalten? \_\_\_\_\_

Wie ist dein Schlaf? Wie sind deine Schlafgewohnheiten? \_\_\_\_\_

Hast du epileptische Anfälle? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Hattest du eine oder mehrere Covid-19 Impfungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Was ist der Hauptgrund für die Behandlung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Therapien wurden bereits angewendet? Wie lange? Wie war der Erfolg?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Warst du zuvor schon einmal in einer Craniosacral Therapie? ☐ Ja ☐ Nein

Was hast du für Erwartungen an mich? Was ist dein Ziel für die Sitzung(en)?

\_\_\_\_\_

Gibt es noch etwas, was du mir für die Behandlung mitteilen möchtest?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wie wurdest du auf mich aufmerksam?

☐ Google ☐ EMR ☐ Cranio Suisse ☐ Weiterempfehlung ☐ Flyer ☐ Schaufenster Bahnhof Stein

☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Informationen

Die Rechnungsstellung erfolgt im Doppel für die Rückforderung bei deiner Zusatz- oder Unfallversicherung. Jede Behandlung wird am Ende der Sitzung in Bar, mit Karte oder per TWINT bezahlt. Eine Sitzung dauert 60 – 90 Minuten inkl. Gespräch und wird mit Fr. 138.– / 60 Minuten verrechnet.

Du bekommst 30 Stunden vor der Sitzung, sofern eine schweizer Handynummer hinterlegt ist, eine SMS. Im Verhinderungsfall bitte ich dich, mir dies mindestens 24 Stunden vorher zu melden. Bei späterer Abmeldung werden, wegen der reservierten Zeit, Fr. 100.– in Rechnung gestellt.

☐ Ich bestätige, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde relevante Änderungen jeweils mitteilen.

### Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Komplementärtherapeutin, sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Klienteninformation von den oberen Seiten einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen), sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Komplementärtherapeutin und mir als Klient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Klienteninformationen werden seitens Cranio Fricktal ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

☐ Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen, wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail, Whatsapp, Threema, Signal, SMS erfolgen.

Wie darf die Rechnung ausgestellt werden?

☐ per **E-Mail** als PDF

☐ in **Papierform**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_