

## Aufnahmeformular Clinical Somatics

Ihre Daten und Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf &/oder Interessen \_\_\_\_\_

Händigkeit R  L  B

Wie sind Sie auf uns gestoßen? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden. Wo genau haben Sie die Beschwerden? Sind sie chronisch? Wie lange bestehen sie schon? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte listen Sie aktuelle und (weit) zurückliegende Unfälle, Verletzungen, schwere Erkrankungen oder Operationen auf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte listen Sie die verschiedenen Behandlungsmethoden auf, die Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits durchführen haben lassen. Welche davon waren erfolgreich? \_\_\_\_\_

---

---

---

Sind Sie aufgrund dieser Beschwerden in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche Diagnose hat Ihr Arzt gestellt? \_\_\_\_\_

---

---

---

Mussten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen bestimmte Tätigkeiten einstellen (z.B. Laufen, Yoga, Tanzen etc.)? \_\_\_\_\_

---

---

---

Was ist Ihr persönliches Ziel für diese Sitzung/en? Was wollen Sie mit Clinical Somatics erreichen? \_\_\_\_\_

---

---

---

Möchten Sie den kostenlosen ego naturel-Newsletter regelmäßig via E-Mail erhalten? (der Newsletter kann natürlich jederzeit wieder abbestellt werden)  Ja gerne  Danke. Zur Zeit nicht

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Aufnahmeformular wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift