

ROLFING®

Gesundheitsfragebogen

Bitte ausfüllen und an Ihren zertifizierten Rolfer® zurückschicken!

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Hatten Sie schon Rolfing®-Sitzungen?

Haben Sie chronische oder akute körperliche Beschwerden?

Tragen Sie Kontaktlinsen/ein Gebiss/eine herausnehmbare Brücke?

Haben Sie Psychotherapieerfahrung? Erfahrung in anderen Körpertherapien? (wenn ja, welche, seit wann bzw. wie lange schon?)

Welche ärztlich verschriebenen Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten genommen? (falls bekannt - wofür bzw. wogegen?)

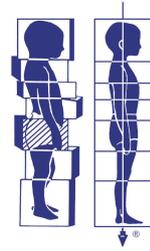
Welche Operationen oder Knochenbrüche hatten Sie bisher (und wann)?

Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung (wenn ja, seit wann)?

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate schwerer erkrankt?
(Krebserkrankungen sollten seit mehr als 5 Jahre ausgeheilt sein.)

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Knochenmarksentzündung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Venenentzündung | <input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkleiden | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden | |



Treiben Sie regelmäßig Sport (wenn ja, welchen)?

Bei Frauen (wegen Baucharbeit):

Tragen Sie eine Spirale? ja nein
Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

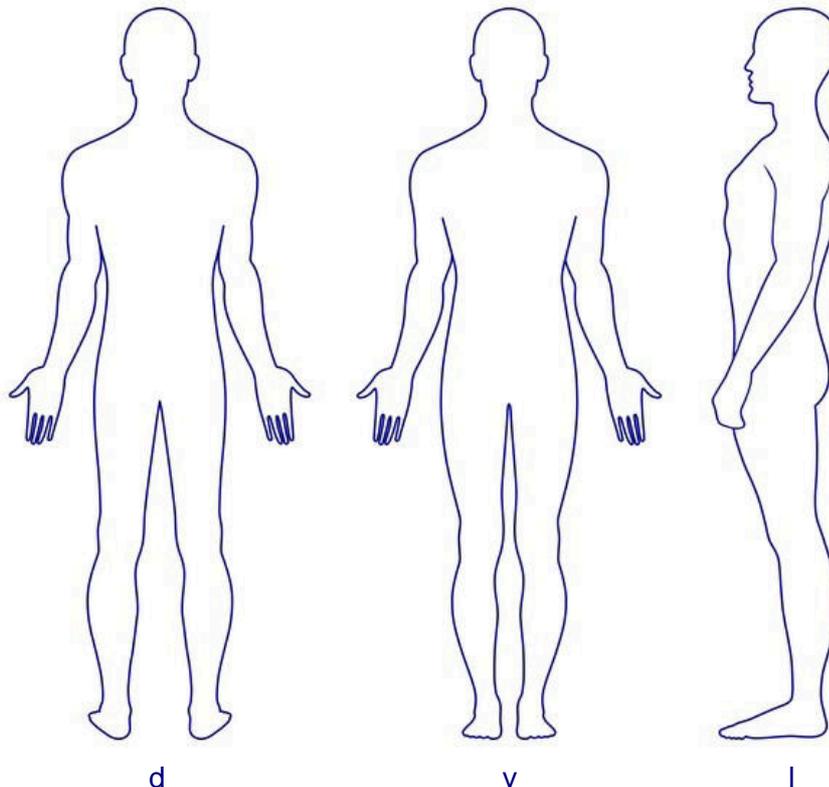
Wodurch haben Sie von Rolfing – Strukturelle Integration® erfahren?

Erklärung:

Rolfing®-Sitzungen sind keine medizinische Heilbehandlung. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der von mir gewünschten Rolfing®-Sitzungen aus rechtlichen Gründen Krankheiten, Leiden, körperliche Schäden oder krankhafte Beschwerden weder diagnostiziert noch behandelt werden können. Einen heilenden Einfluss auf eventuelle Krankheiten erwarte ich daher nicht. Mir ist bekannt, dass ich bei Unklarheiten jederzeit ärztlichen Rat einholen kann. Ich leide weder an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte, noch befinde ich mich zurzeit in psychiatrischer Behandlung.

Datum, Ort und Unterschrift

Bitte senden Sie den Fragebogen, gerne in digitaler Form, am Tag vor Ihrem Termin an mich zurück. Die Unterschrift lässt sich dann vor Ort ergänzen.



Bodychart © www.gograph.com / [arlatis]