

Name	Geb. Datum
Vorname	Tel. Privat
Strasse	Tel. Geschäft
PLZ Ort	Mobile
	e-mail

Zusatzversicherung für Komplementärmedizin
 abgeschlossen bei _____ Falls mit Ausschlüssen, mit welchen _____
 keine vorhanden

Schule / Klasse _____
Bemerkungen _____

Familie / Lebenssituation _____
Mutter / Beruf _____ Vater / Beruf _____
Geschwister mit Jahrgang _____

Bemerkungen _____

Bewegungsgewohnheiten / Sport _____

Konsumgewohnheiten wie Zucker / Computer / Fernsehen / Rauchen / Alkohol / Betäubungsmittel /
... _____

Krankheiten _____
Allergien _____
Unfälle / Stürze (Jahr) _____
Operationen (Jahr) _____
Medikamente _____
Nahrungsergänzungen _____

Sind organische Beschwerden vorhanden _____

Sind Beschwerden im Bewegungsapparat vorhanden _____

Sind vegetative Beschwerden vorhanden _____

Ist das Kind in ärztlicher Behandlung _____

Ist das Kind in anderen Therapien _____

Bemerkungen _____

Was ist der Grund, dass Sie sich bei mir angemeldet haben _____

Was möchten das Kind mit Hilfe der Kinesiologie erreichen, was sind Ihre Erwartungen _____