

Falldarstellungsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_

Name des Klienten (geändert) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien, Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Cardinalsymptom: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE** ( OP, Unfälle, Krankheiten, Kontraindikation)

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

**FAMILIENANAMNESE**

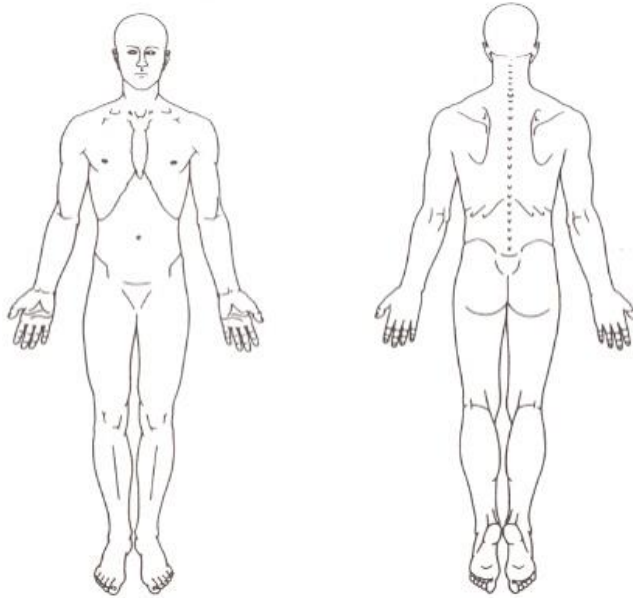
<u>Grossmutter</u>	<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>	<u>Grossmutter</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Grossvater</u>			<u>Grossvater</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Geschwister</u>			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<u>Tanten/Onkel</u>			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**AKTUELLE BESCHWERDEN**

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



### SCHMERZLOKALISATION/BINDEGEWEBSZONEN



### CHART

AG: Tiefe Energie: \_\_\_\_\_

Unlike-Qi: \_\_\_\_\_

Core \_\_\_\_\_

**Hand** \_\_\_\_\_

**Iris** \_\_\_\_\_

