



## Einnahmebogen

Shiatsu ist ganzheitlich. Es schaut den gesamten Menschen an und versucht so Viel wie möglich zu berücksichtigen und zu harmonisieren. Auch wenn Ihr Ziel einfache Entspannung ist, führen sorgfältige Antworten auf die relevanten Fragen zu einer umfassenden und wirksamen Behandlung.

Wie haben Sie von Axishiatsu gehört? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ja, ich möchte gern auf die Mailingliste       Nein, ich möchte nicht auf die Mailingliste

Datum	Beruf
Name, Vorname	Arbeitspensum
Adresse	Genießen Sie Ihre Arbeit?
PLZ, Ort	Haben Sie schon früher Shiatsu erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon	Notfall Kontakt Name
	Notfall Telefonnummer
Email	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Hausarzt	

### **Gegenwärtiger Zustand**

Haupt-Wünsche/Problem(e) für heute? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann ist es entstanden? Seien Sie genau. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inwiefern ist diese Beschwerde ein Hindernis im täglichen Leben? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie eine ärztliche Diagnose für diese Beschwerde? Von wem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Art von Behandlungen oder Medikamente helfen Ihnen am meisten? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche (anderen) Medikamente (Drogen, Kräuter, Ätherisches Öl, Vitamine usw.) benutzen Sie im Moment? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

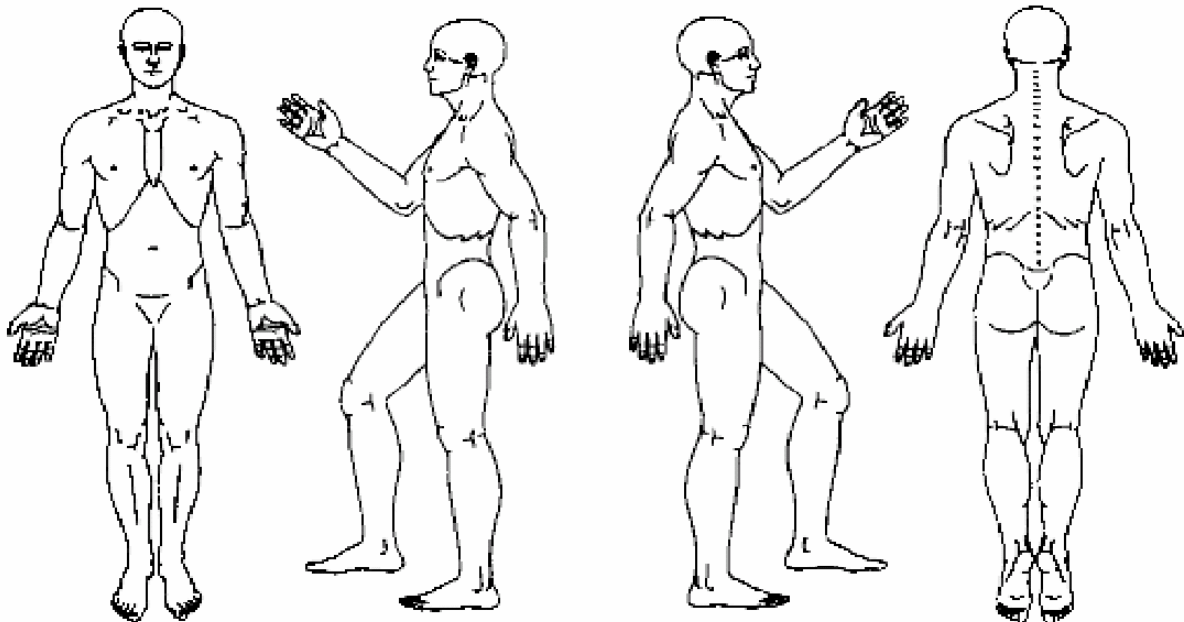


## Familien Geschichte

Bitte markieren wenn eine oder mehrere Krankheiten in ihre Familie erscheinen

- |                                        |                                      |                                                      |                                           |
|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebs       | <input type="checkbox"/> Geistige Krankheit          | <input type="checkbox"/> Nieren Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen<br>Beschwerden | <input type="checkbox"/> Lungen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Arthritis     | <input type="checkbox"/> Alzheimer   | <input type="checkbox"/> Leber Krankheit             |                                           |

## Körperliche Beschwerden



Bitte mit einem Kreis (O) alle Bereiche, für die Sie Hilfe brauchen auf obigen Figuren markieren. Bitte zeichnen Sie mit (X) alle frischen Verletzungen, Krampfadern oder Bereiche die ich NICHT behandeln sollte an.

## Erzählen mir mehr über Ihre Schmerzen oder Beschwerden

- Bitte alles Zutreffende markieren
- |                                                              |                                              |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerz immer in gleichen Ort(en)   | <input type="checkbox"/> Steifheit, Krämpfe  | <input type="checkbox"/> Besser mit Druck            |
| <input type="checkbox"/> Schmerz bewegt sich                 | <input type="checkbox"/> Heiß, geschwollen   | <input type="checkbox"/> Ausruhen hilft              |
| <input type="checkbox"/> Schmerz ist auf Verletzung bezogen  | <input type="checkbox"/> Bereich ist kühl    | <input type="checkbox"/> Bewegung hilft              |
| <input type="checkbox"/> Schmerz ist meisten in den Gelenken | <input type="checkbox"/> Scharf und stechend | <input type="checkbox"/> Taubes oder schweres Gefühl |
| <input type="checkbox"/> Schmerz ist meistens in den Muskeln | <input type="checkbox"/> Stumpf              | <input type="checkbox"/> Schlimmer bei kaltem Wetter |

- Schmerz limitiert Bewegung     Besser mit Kälte  
 Besser mit Wärme



**Bitte listen Sie bedeutende physische Traumata auf** (Autounfälle, Verletzungen, Operationen, Stress, Missbrauch usw.)

Datum \_\_\_\_\_ Beschreibung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Beschreibung \_\_\_\_\_

**Bedeutende innerliche Traumata** (Scheidung, Todesfälle, schwierige Lebensumstände usw.)

Datum \_\_\_\_\_ Beschreibung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Beschreibung \_\_\_\_\_

### Persönliche Gesundheits-Geschichte

*Bitte alles Zutreffende markieren*

- |                                                      |                                                   |                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebs                       | <input type="checkbox"/> Rheumatische Fieber      | <input type="checkbox"/> Ansteckende sexuelle Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen Krankheiten | <input type="checkbox"/> Drogen/ Alkohol-Sucht            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Anfälle                  | <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen              |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck             | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung         | <input type="checkbox"/> Bronchitis                       |
| <input type="checkbox"/> Asthma                      | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                 | <input type="checkbox"/> Andere                           |
| <input type="checkbox"/> Allergien bitte beschreiben | <input type="checkbox"/> Herpes                   |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Herz Krankheit              | <input type="checkbox"/> Klämydie                 |                                                           |

### Nur Frauen

**Sind Sie:**

- Schwanger  
 Am Stillen  
 planen Sie schwanger zu werden?

**Menstruations-Farbe:**

- Dunkelrot    Gibt es Klümpchen?  ja    nein  
 Hellrot  
 Viel Blut    Datum des letzten Zyklus \_\_\_\_\_  
 Wenig Blut    Dauer der Menstruation \_\_\_\_\_

*Bitte markieren Sie die Symptome, die Sie in Beziehung zur Ihrem Zyklus erfahren*

- |                                                    |                                                        |                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krämpfe                   | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen                | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Brennendes Gefühl         | <input type="checkbox"/> Launenhaftigkeit              | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stumpfe Schmerzen         | <input type="checkbox"/> Kopfweg                       | <input type="checkbox"/> Durchfall       |
| <input type="checkbox"/> Stechender Schmerz        | <input type="checkbox"/> Geschwollene Brüste           | <input type="checkbox"/> Andere _____    |
| <input type="checkbox"/> Blähgefühle               | <input type="checkbox"/> Wenig Appetit                 |                                          |
| <input type="checkbox"/> Herunterdrückendes Gefühl | <input type="checkbox"/> Vermehrte/ verminderte Libido |                                          |



## Ernährung

*Meine Ernährung sieht so aus...*

- Ausgewogene Ernährung mit natürlichen und verarbeiteten Lebensmitteln, Obst, Gemüse, Fleisch, Milchprodukte und Getreide
- Vegetarisch (wie lang?) \_\_\_\_\_
- Vegan (wie lang?) \_\_\_\_\_
- Viel Fleisch (d.h. Fleisch, Fisch und Geflügel, mehr als 3-mal in der Woche)
- Viel Pasta, Brot und Getreide     Vollwert    oder     Weiß
- Viel Süßes
- Viel Salziges

Kaffee \_\_\_\_\_ Tassen per Tag

Süße Getränke (Cola usw.) \_\_\_\_\_ per Tag     Normal     Zuckerfrei

Essen aus der Mikrowelle \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Rauchen Sie?     ja     nein    Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

Alkohol Verbrauch     Wenig     Mäßig     Viel

## Wie Schlafen Sie?

- Können Sie schon nach 20 Minuten Einschlafen?     ja     nein
- Wachen Sie häufig (3-mal oder mehr pro Woche) mitten in die Nacht auf?     ja     nein
- Wenn ja ist es um Urin zu lösen?     ja     nein
- Schlafen Sie dann leicht wieder ein?     ja     nein
- Fühlen Sie sich normalerweise erholt nach einer Nacht schlafen?     ja     nein

Wenn Sie in der Nacht aufwachen, um welche Zeit ist es normalerweise? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden schlafen Sie? \_\_\_\_\_ Std.

Haben Sie Schmerzen, die Sie wecken? \_\_\_\_\_

Erfahren Sie regelmäßig ein tägliches Energieloch? Zu welcher Zeit? \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Bitte markieren Sie wie folgt:** trifft manchmal zu = M    trifft oft zu (täglich / Wöchentlich) = O

<p><b><u>Erde</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Appetit zu hoch, zu tief</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Müdigkeit</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Weicher Stuhlgang</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Verstopfung</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Chronische Sinusitis</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwierige Verdauung/Sodbrennen/Reflux</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Blähgefühle nach dem Essen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Rülpsen, Erbrechen, Übelkeit, Schmerz</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Geistig müde- neblig</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwache Glieder-Steifheit</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Unverdautes im Stuhl</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Gefühl dass das Essen im Magen bleibt</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Blutendes Zahnfleisch</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kriegt leicht blaue Flecken</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kalte Glieder</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Zwanghaft</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Zu viel Sorgen</p>	<p><b><u>Holz</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Allgemeine körperliche Schmerzen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Seufzen (merken Sie das Sie oft)</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Depression</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Taubheit in den Gliedern</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Ticks oder Zittern</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Blutarmut</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Augen (verschwommen, rot, trocken)</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Trockene Haut/Haar, zerbrechliche Nägel</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Steifer Nacken/Gelenke (chronisch)</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O PMS</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kopfweg</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Durchfall</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schnell wütend</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Bitterer Geschmack im Mund</p>
<p><b><u>Feuer</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schlaflosigkeit, schwieriger Schlaf</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Herzklopfen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Besorgnis</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Träume, Schlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Leicht zu erschrecken</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Blutklumpen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Geistige Verwirrtheit</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kalte Glieder</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Enge in Hals/Brust</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schmerz der den linken Arm hinunter strahlt</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Unkontrollierbares Lachen oder Weinen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Spontane Schweißausbrüche</p>	<p><b><u>Wasser</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Asthma</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kalte Glieder</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Zu viel Urinieren</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Häufige Blasenentzündungen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Inkontinent</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Tinnitus</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Nachtschweiß</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schmerzhafter oder schwacher Rücken</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schmerzhaftes oder schwache Knie</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Ödem</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kälte nicht gern</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Keine Libido/Sexuelle Dysfunktion</p>
<p><b><u>Kleines Feuer</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Geschwollene Lymphdrüsen</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Nervosität in Gesellschaft</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Mandelentzündung</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Allergien</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Niedriger Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Sensible Haut</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Hautausschläge</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Nesselsucht</p>	<p><b><u>Gefühle</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Glücklich, Freudvoll</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Dankbarkeit</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Gereizt</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Wütend</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Besorgnis</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Erfülltes Leben</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Traurig</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Ängstlich</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Leicht gestresst</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Depressiert</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Kummer</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O In Psychotherapie</p>
<p><b><u>Metall</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Chronischer Husten</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Atemnot</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Asthma</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwache Stimme</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Trockener Hals, trockener Husten, Heiserkeit</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwitzen über Tag</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Schwitzen in die Nacht</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Hautprobleme, Ekzeme, Psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Zahnschmerz</p>	<p><b><u>Liebblings Jahreszeit</u></b></p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Winter</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Frühling</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Sommer</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Spätsommer</p> <p><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>O Herbst</p>



Shiatsu ist Massage und ersetzt keine ärztlichen Untersuchungen, Diagnosen oder Behandlungen. Bitte suchen Sie kompetentes medizinisches Personal auf, wenn Themen auftauchen, die außerhalb des Shiatsu-Bereiches liegen.

Shiatsu ist unter gewissen Umständen kontraindiziert. Bitte teilen Sie alle wichtigen medizinischen Informationen dem Therapeuten mit.

Shiatsu Therapeuten stehen unter Schweigepflicht. Diese Information wird nur für die Entwicklung des bestmöglichen Behandlungsplans gebraucht. Wenn Ihnen zusätzlich relevante Information in den Sinn kommt, so teilen Sie die bitte auch mit. Danke