Klienten - Daten Formular:

Datum:_____

Name:_____ Alter:_____

Addresse:_____

Tel:_____ E-Mail:_____

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt! Bitte beachten Sie:

Alle erbrachten Leistungen, Beratungen und Behandlungen sind kein Ersatz für Medizinische Heilbehandlungen. Sie sind aussschliesslich zu Coaching-, Präventions-, Wellness-, und Selbsthilfezwecken. Es werden keine medizinischen Diagnosen erstellt bzw. irgendwelche Gesundheitszustände beurteilt! Alle gemachten Aussagen dienen nur zur persönlichen Information und Lehrzwecken. Körperliche Behandlungen (auch zu Präventions und Wellness-Zwecken) können unter Umständen zu Anpassungs-Reaktionen führen die in der Regel zeitversetzt auftreten und mehrere Tage anhalten können. Eine Haftung für Folgen aus Coaching-Sitzungen ist ausdrücklich ausgeschlossen!
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme dieser Informationen:

Datum: Unterschrift:

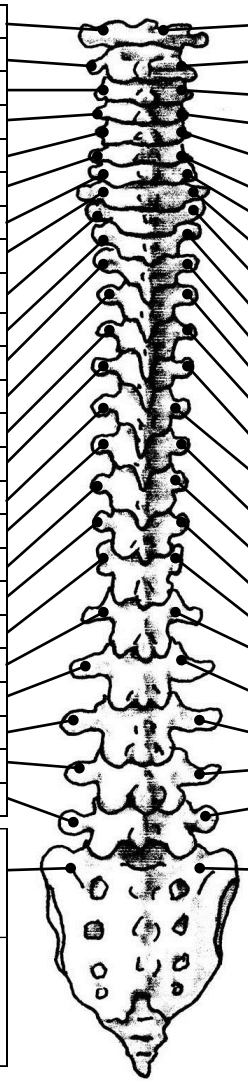
Problembeschreibung: (wird vom Berater ausgefüllt) _____

_____

_____

Wirbelsäule
Rückansicht

Skoliose Von-bis mark. (od) Bemerkungen:	Fehlstellung Mark. mit X		Fehlstellung Mark. mit X	Skoliose Von-bis mark. (od) Bemerkungen:
		C 1	C 1	
		C 2	C 2	
		C 3	C 3	
		C 4	C 4	
		C 5	C 5	
		C 6	C 6	
		C 7	C 7	
		Th 1	Th 1	
		Th 2	Th 2	
		Th 3	Th 3	
		Th 4	Th 4	
		Th 5	Th 5	
		Th 6	Th 6	
		Th 7	Th 7	
		Th 8	Th 8	
		Th 9	Th 9	
		Th 10	Th 10	
		Th 11	Th 11	
		Th 12	Th 12	
		L 1	L 1	
		L 2	L 2	
		L 3	L 3	
		L 4	L 4	
		L 5	L 5	



Kreuzbein linke Seite:	Kreuzbein rechte Seite:
Höher ☐ Nach Hinten ☐	Höher ☐ Nach Hinten ☐
Beinlänge links: _____cm länger	Beinlänge rechts: _____cm länger