



## Arvigo Techniken der Maya Abdominal Massage \_ Anamnesebogen

### VERTRAULICHE KLIENTEN INFORMATION

Name \_\_\_\_\_ Datum der ersten Behandlung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Erfahrungen mit Massage/Körpertherapie? \_\_\_\_\_ Welche Form? \_\_\_\_\_

### Bitte lesen und unterzeichnen Sie:

Ich erkläre mich damit einverstanden die Bezahlung für meine Behandlung am Tag meiner Behandlung zu leisten, wenn keine anderen Vereinbarungen getroffen wurden.

Ich stimme zu, falls ich meinen Behandlungstermin nicht einhalten kann, mindestens 24 Stunden vor dem Termin bescheid zu geben. Ausnahmen zu dieser grundsätzlichen Regelung werden nur bei einem außerordentlichen Notfall akzeptiert.

Ich weiß, dass die Behandlung hier kein Ersatz für eine medizinische Versorgung bildet.

Ich weiß, dass der/die Therapeut/in Behandelnde keine Krankheiten, Leiden oder andere körperliche oder seelische Zustände diagnostiziert (außer denen, die seinen/ihren Kompetenzbereich betreffen)

So zum Beispiel verordnet der/die Therapeut/in Behandelnde weder medizinische Behandlungen oder Arzneimittel, noch übt er/sie keine Manipulationen an der Wirbelsäule aus (außer denen, die seinen/ihren Kompetenzbereich betreffen)

Ich weiß dass die Behandlung kein Ersatz ist für eine medizinische Behandlung und/oder Diagnose, und es wird empfohlen, dass ich bei möglichen körperlichen oder psychischen Beschwerden einen qualifizierten Experten aufsuche.

Ich habe alle mir bekannten Beschwerden nach bestem Wissen und Gewissen angegeben und verpflichte mich selbst meine/n Therapeutin/en über meinen Gesundheitszustand auf dem Laufenden zu halten.

Unterschrift der /des Klientin/en \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## GRUND FÜR IHREN BESUCH

Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

Liegen noch andere Beschwerden vor? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_ Wie sind sie entstanden? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie evtl. Stressfaktoren, die zu dieser Zeit vorhanden waren: \_\_\_\_\_

Welche Aktivitäten sorgen für Besserung? \_\_\_\_\_ was verschlechtert? \_\_\_\_\_

Verschlechtert sich Ihr Zustand? \_\_\_\_ Auswirkung auf Arbeit \_\_\_\_ Schlaf \_\_\_\_ Erholung \_\_\_\_

Beschreiben Sie regelmäßige Übungen (Form, Häufigkeit) \_\_\_\_\_

## FAMILIEN HISTORIE

Lebend? Alter/Todesursache Wichtige Krankheiten

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Großmutter mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Großvater mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Großmutter väterlicherseits \_\_\_\_\_

Großvater väterlicherseits \_\_\_\_\_

Wurden Sie in Ihrer Vergangenheit missbraucht?

Unterstreichen Sie bitte: körperlich emotional sexuell religiös/spirituell

Liegt in der Familie Drogenmissbrauch vor? \_\_\_\_\_ Selbstmord \_\_\_\_\_

Andere traumatische Ereignisse \_\_\_\_\_

## VERDAUUNG UND STUHLGANG

Typisches Frühstück \_\_\_\_\_

Typisches Mittagessen \_\_\_\_\_

Typisches Abendbrot \_\_\_\_\_

Snacks: \_\_\_\_\_ Wie viel Wasser trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_ Koffein? \_\_\_\_\_

Was ist das ungesündeste in Ihrer Ernährung? \_\_\_\_\_

Wodurch lassen Sie sich zum Naschen verführen? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu übermäßigem Essen/Trinken? \_\_\_\_\_ Womit? \_\_\_\_\_

Haben Sie Blähungen/Gase/Aufstoßen nach dem Essen? \_\_ Welche Nahrung fördert es? \_\_\_\_\_

Häufigkeit des Stuhlgangs \_\_\_\_ Beschreibung: der Stuhl sinkt \_\_ schwimmt \_\_\_\_ geformt \_\_\_\_\_

Verstopfung? \_\_\_\_ Blut im Stuhl? \_\_\_\_ Schleim im Stuhl? \_\_\_\_ Schmerzen beim Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Andere Beschwerden \_\_\_\_\_

## EMOTIONAL & SPIRITUELL

Was ist Ihre Meinung über sich selbst? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie das negativste Gefühl, das Sie erleben, wenn möglich \_\_\_\_\_

Wann erleben Sie dieses Gefühl? \_\_\_\_\_ Wo befinden Sie sich? \_\_\_\_\_

Beten Sie oder sind Sie spirituell? \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 – 10 (1 weniger, 10 mehr) Bewerten Sie sich selbst:

Glaube \_\_ Hoffnung \_\_ Nächstenliebe \_\_ Großzügigkeit \_\_ Sinn für Humor \_\_ Sinn für Vergnügen \_\_\_\_

Ängste \_\_ Kummer/Gram \_\_ Anderes (beschreiben Sie kurz) \_\_\_\_\_

Was sind Ihre Hobbys/Aktivitäten, die Ihnen Freude u. Erfüllung bereiten \_\_\_\_\_

Was möchten Sie innerhalb der nächsten 6 Monate verändern? \_\_\_\_\_ innerhalb 1Jahr \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE HISTORIE

Sind Sie momentan in Behandlung bei einem Arzt/ Heilpraktiker? \_\_ Grund \_\_\_\_\_

Name(n) des/der Behandelnden \_\_\_\_\_

Adresse/ Kontakt \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?/Welche? \_\_\_\_\_

Allergien: beschreiben Sie Allergen und Reaktion: \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzung/Heilmittel \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Wie viele Zigaretten/Zigarren/etc. täglich? \_\_\_\_\_

Alkohol? Welche Art? \_\_\_\_\_ welche Menge / täglich? \_\_\_\_\_

Marijuana? \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ Anderes \_\_\_\_\_

Sind Sie unter Behandlung wegen Drogen- o. Alkoholproblemen? \_ Wenn ja, beschreiben Sie \_\_\_\_\_

Operationen (Jahr und Art der OP) \_\_\_\_\_  
Wurden Sie kürzlich operiert? \_\_\_\_\_  
Krankenhausaufenthalte \_\_\_\_\_  
Unfälle oder Schockerlebnisse \_\_\_\_\_  
Stürze/Brüche von Kreuzbein/Kopf/Steißbein (beschreiben Sie) \_\_\_\_\_  
Geburtsverletzungen/-schock (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Kreisen Sie ein - alles was momentan zutrifft Unterstreichen Sie - alles was die Vergangenheit betrifft  
Kopfschmerzen (Migräne, Verspannung, Clusterkopfschmerz) Tinnitus Kribbeln Hände o. Füße  
Asthma Kalte Hände/ Füße Geschwollene Knöchel Stirn-, Kiefer, Nebenhöhlenkatarrh Anfälle  
Verlust von Geruch- o. Geschmackssinn Hautkrankheiten: Akne, Pilz, Schuppenflechte Anderes\_\_ \_\_  
Ischias Schmerzende Gelenke Geschwollene Gelenke Wirbelsäulenprobleme  
Ängste Müdigkeit Schlafprobleme Ohnmachtsanfälle Gedächtnisverlust Depressionen  
Muskelverspannungen: (wo) \_\_\_\_\_ Krampfadern wo \_\_\_\_\_  
Bandscheibenvorfall: (wo) \_\_\_\_\_ Hyper-, Hypotonie \_\_\_\_\_  
Kontaktlinsen Zahnprothesen Künstliche/fehlende Körperteile Infektanfälligkeit  
Markieren Sie alle im Moment vorkommenden Regionen wo Sie im Moment anhaltende Schmerzen  
oder Verspannungen spüren:

#### WEIBLICHE GESCHLECHTSORGANE - GESCHICHTE

Alter bei der 1. Periode\_\_ Welche Erinnerungen sind für Sie damit verbunden \_\_\_\_\_  
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? \_\_ Anzahl der Geburten \_\_\_\_ Daten \_\_\_\_\_  
Schwangerschaftsabbrüche \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Fehlgeburten? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
Komplikationen \_\_\_\_\_  
Wie haben Sie die Schwangerschaft/en erlebt? \_\_\_\_\_  
Wie waren die Wehen? \_\_\_\_\_  
Wie war/en die Geburt/en? \_\_\_\_\_  
Wie war die Zeit danach / das Wochenbett? \_\_\_\_\_  
Hat Ihre Mutter, während Sie mit Ihnen schwanger war, Medikamente genommen, (welche?) \_\_\_\_\_  
Gibt es eine Geschichte folgender Krankheiten in der Familie mütterlicherseits? (bitte einkreisen)  
Unfruchtbarkeit Fibrome Endometriosis  
Krebs (Art) \_\_\_\_\_ Menstruationsprobleme Menopause PMS  
Methode der Empfängnisverhütung: (bitte einkreisen) Pille Hormonpflaster Diaphragma  
Injektionen Kondom IUP (Spirale) Enthaltbarkeit Natürliche Empfängnisverhütung  
(Temperatur/Schleim) Andere: \_\_\_\_\_  
Wie lange haben Sie künstliche Mittel zur Empfängnisverhütung genommen (Pille, Pflaster oder  
Injektion) \_\_\_\_\_

Letzter Abstrich\_\_\_\_\_ Ergebnis ( falls bekannt)\_\_\_\_\_

Datum der letzten Periode\_\_\_\_\_ Länge der Menstruation\_\_\_\_\_

Phasen in denen die Periode ausgeblieben ist\_\_\_\_\_ Wann\_\_\_\_\_ Wie lange\_\_\_\_\_

Bitte kreisen Sie ein, was auf Sie zutrifft:

Schmerzhafte Perioden Unregelmäßige Periode (zu spät/ zu früh) Dunkles dickes Blut zu Beginn o. am Ende der Periode Schwindelgefühle während der Periode Kopfschmerzen o. Migräne während der Periode Exzessive Blutungen (> eine Binde/Std.) PMS/Depressionen während o. vor der Periode Kein Eisprung Schmerzhafter Eisprung Blähungen/Blasenstau während d. Periode Schwere und Druck im Becken während d. Periode

Andere Symptome (Bitte kreisen Sie ein und beschreiben Sie, was auf Sie zutrifft)

Krampfadern in den Beinen Müde u. schwache Beine Taube Beine und Füße nach langem Stehen Schmerzhaftes u. wundes Fersen beim Laufen Schmerzen im LWS-Bereich Schmerzen beim Sex Verstopfung Endometriosis Gebärmutterentzündung (Endometritis) Gebärmutter Polypen Myome (Größe und Ort), falls bekannt\_\_\_\_\_

Gebärmutterentzündung Häufiges Wasserlassen Blasenentzündung Vermehrter Ausfluss Scheidenentzündung Vaginale Hefeinfektion

Chronische Fehlgeburten Frühgeburten Schwache Neugeborene Schwierige Schwangerschaft/en Offener Muttermund Blutungen während der Schwangerschaft Beckenentzündung Geschlechtskrankheiten (seit wann und Art)\_\_\_\_\_ Trockene Scheide (ohne Menopause) Schwierigkeiten in der Menopause Krebs (Muttermund, Blase, Gebärmutter, Eierstock, Darm) Zysten (Eierstöcke, Brust)

Sind Sie in Behandlung wegen Unfruchtbarkeit? \_\_ Beschreiben Sie die Behandlung bis heute \_\_\_\_\_ (IUI, IVF, etc)\_\_\_\_\_

Gynäkologe/Klinik:\_\_\_\_\_ Adresse\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_

Bewerten Sie Ihr Interesse an Sex: Hoch\_\_\_\_\_ Mittel\_\_\_\_\_ Niedrig\_\_\_\_\_ Keines\_\_\_\_\_

Haben/ hatten Sie irgendwann einmal Probleme, einen Orgasmus zu erleben\_\_\_\_\_

Hatten eines der folgenden Erlebnisse: Vergewaltigung \_\_\_\_\_ Schock \_\_\_\_\_ Inzest \_ Wenn ja, wann\_\_\_\_\_

Sind Sie deshalb in Therapie gewesen\_\_\_\_\_

Wie haben Sie dieses Erlebnis in Erinnerung?\_\_\_\_\_

MENOPAUSE ( Bitte kreisen Sie die Symptome ein, die auf Sie zutreffen )

Hitzewallungen Schlafstörungen Müdigkeit Erschöpfung Depressionen Gedächtnisschwund

Stimmungsschwankungen Reizbarkeit Reizüberflutung Ausfluss (bitte beschreiben Sie):

Trockene Scheide Zwischenblutungen (Mens) Blutgerinnsel Unregelmäßige Periode

Gesteigerte/schwache Libido

Andere, oben nicht genannte Symptome \_\_\_\_\_

Wann haben diese Symptome begonnen? \_\_\_\_\_

Werden sie schlechter? \_\_\_\_\_ besser \_\_\_\_\_ unverändert \_\_\_\_\_ Letzte Periode \_\_\_\_\_

Stehen Sie unter / oder haben Sie früher unter Hormonersatztherapie gestanden? \_\_\_ wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Name und Dosierung \_\_\_\_\_

Was war der Grund, die Therapie zu beenden? \_\_\_\_\_

Andere Medikamente/Kräuterheilmittel \_\_\_\_\_

In welchem Alter begann bei Ihrer Mutter die Menopause \_\_\_\_\_ Beschwerden/Erfahrungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen:

## MÄNNLICHE GESCHLECHTSORGANE ~ GESCHICHTE

(Markieren und beschreiben Sie die Symptome die auf Sie zutreffen)

Kopfschmerzen: Migräne\_\_\_\_ Verspannung\_\_\_\_ Clusterkopfschmerz\_\_\_\_

Schmerzen im unteren Rücken \_\_\_\_ Schmerzende Fersen\_\_\_\_

Krampfadern \_\_\_\_\_ Wo\_\_\_\_\_

Taube Beine / Füße \_\_\_\_\_ Depressionen \_\_\_\_\_ Ängste \_\_\_\_\_ Gereiztheit\_\_\_\_\_

Familiengeschichte Prostata Krankheiten: \_\_\_\_\_ Typ\_\_\_\_\_ Verwandtsch. Beziehung\_\_\_\_

Familiengeschichte bei Krebs \_\_\_\_ Typ\_\_\_\_\_ Verwandtsch. Beziehung \_\_\_\_\_

Geschichte sexuell übertragbare Krankheiten \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ Typ\_\_\_\_\_

Bewerten Sie Ihr Interesse an Sex: Hoch\_\_\_\_ Mittel\_\_\_\_ Niedrig\_\_\_\_ Keines\_\_\_\_\_

Haben Sie / oder hatten Sie irgendwann einmal Probleme, einen Orgasmus zu erleben \_\_\_\_\_

Hatten eines der folgenden Erlebnisse: Vergewaltigung \_\_ Schock \_ Inzest \_ Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Sind Sie deshalb in Therapie gewesen \_\_\_\_\_

Wie haben Sie dieses Erlebnis in Erinnerung? \_\_\_\_\_

BLASENPROBLEME ( Bitte kreisen Sie die Symptome ein, die auf Sie zutreffen )

Schmerzen beim Wasserlassen Blasen / Niereninfektion Häufiges Wasserlassen Nächtliche Blasenentleerung/ Häufigkeit \_\_\_\_\_ Veränderungen im Wasserstrahl (beschreiben Sie den Fluss, Strahl, Stärke des Strahls)\_\_\_\_\_

Wann haben diese Symptome begonnen? \_\_\_\_\_

Werden sie schlechter? \_\_ besser? \_\_ bitte beschreiben Sie \_\_\_\_\_

EREKTIONS-FUNKTION ( bitte markieren und beschreiben Sie )

Schwierigkeit eine Erektion zu bekommen Schwierigkeit eine Erektion zu halten  
Schmerzhafte Ejakulation

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Rückenverletzung / Trauma \_\_ beschreiben Sie: \_\_\_\_\_

Wann haben diese Symptome begonnen? \_\_\_\_\_

Werden sie schlechter? \_\_ besser? \_\_ bitte beschreiben Sie \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente oder Präparate ein?/Welche? \_\_\_\_\_

Ergebnisse des PSA (Prostata spezifisches Antigen) Tests, falls bekannt \_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ergebnis Spermienanzahl (falls maßgeblich u. bekannt) \_\_\_\_\_ Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zusätzliche Kommentare:

## VERTRAULICHE KLIENTEN ABFINDUNGSERKLÄRUNG

Laut HIPAA Regularien (USA) sollten alle Behandelnden eine unterzeichnete Abfindungserklärung ihrer/s Klientin/en haben, bevor er/sie Notizen über sie/ihn macht. Der beste Weg dieser Anordnung komplett Folge zu leisten, wäre, diese Abfindungserklärung vor dem ersten Behandlungstermin unterschrieben von Ihnen zurückzuerhalten.

Zertifizierungs-Kandidat/inn/en sollten dieses Formular unterschrieben zurück haben, bevor sie irgendwelche Notizen machen. Der/die Klient/in sollte eine Kopie des unterschriebenen Formulars erhalten und der/die Behandelnde behält eine Kopie für seine/ihre Unterlagen.

Datenschutz und Diskretion bei medizinischen und persönlichen Informationen, die der Behandelnde während der Arbeit erhält ist von äußerster Wichtigkeit.

Missachtung des Datenschutzes und der Diskretionsvorschriften könnten zu empfindlichen Strafen führen.

Ich, (Name) \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

gebe meiner/m Therapeutin/en, \_\_\_\_\_

die Erlaubnis, Notizen zu machen über mich, über meine Gesundheitsgeschichte / medizinische und /oder persönliche Informationen, die ich mich entschlossen habe, ihr/ihm mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass diese Informationen zum Zwecke der Behandelnden-Zertifizierung benutzt und im Arvigo Institute, LLC verwendet werden dürfen.

Ich verstehe, dass diese Informationen im Arvigo Institute, LLC für statistische Zwecke anonym behandelt werden und dass mein/e Therapeut/in diese Informationen nutzen kann, um eine Zusammenfassung für meine eigenen Zwecke zu erstellen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_