

Klienten Fragebogen für Klangtherapie

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Um bei einer Klangschalenthherapie möglichst tief entspannen zu können, ist es für mich als Therapeut hilfreich, einige Kontraindikationen abzuklären.

Gibt es aktuell akute körperliche Beschwerden? Wenn Ja, welche?

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Liegt eine Schwangerschaft vor? Wenn ja, in welchem Monat?

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Leiden Sie unter ärztlich versorgtem Bluthochdruck?

Haben Sie Epilepsie?

Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung (z.B. Angststörung) bekannt?

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall? Wenn Ja, wann?

Leiden Sie unter einer Schuberkrankung (Rheuma, Multiple Sklerose etc.)?

Ist bei Ihnen eine Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Spielsucht etc.) bekannt?

Ich habe verstanden, dass die Klangmassage der Erholung, der Harmonisierung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dient. Sie kann dadurch präventiv die Gesundheit erhalten.

Ich verstehe, dass die Klangmassage keinen Ersatz für eine medizinische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung darstellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass bei mir keine Erkrankung der psychotischen und schizoiden Gruppe vorliegen.

Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies dem Therapeuten für Klangmassage umgehend mitteilen muss.

Ort, Datum

Unterschrift