

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Analyse-Fragebogen für Kinder & Jugendliche

Name des Kindes / Jugendlichen: _____ Geburtstag: _____

Name des Erziehungsberechtigten:

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

WICHTIG!

Liebe Klienten,

meine Behandlungsform ist eine ganzheitlich energetische Methode, welche die körperliche und emotionale Ebene gleichermaßen anspricht.

Bitte informiere dich vor unserem Ersttermin auf meiner Webseite über meine energetische Arbeit. Es ist mir wichtig, dass Du dich damit wohlfühlst und bewusst entscheidest, ob dieser Weg für dich und dein Kind stimmig ist.

Dieser Fragebogen ist für Kinder/Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr bitte von den Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten auszufüllen. Danke!

Bitte beachte: Wenn Du deinen vereinbarten Termin nicht einhalten kannst, benötige ich bitte mindestens 24 Stunden zuvor deine telefonische Absage. Beim einem Versäumnis ohne Absage, muss ich Dir die für dich reservierte Zeit in voller Höhe in Rechnung stellen.

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



1. Aktuelle Beschwerden

Welche physischen oder emotionalen Beschwerden hat dein Kind?

(z.B. Ängste, Schulprobleme, Mobbing, familiäre Konflikte, Missbrauch)

Gab es vor Auftreten der Beschwerden ein auslösendes Ereignis?

(z.B. Ärger, Streit, Kummer, Trauer, Stress, Unfall, Erkrankung/OP, Impfung/Medikamente)

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



2. Emotionales Wohlbefinden

Zeigt dein Kind Anzeichen von Ängsten, Stress, Unsicherheit, oder Panikattacken?

Ja Nein

Wenn ja, in welchen Situationen treten diese auf?

Gibt es Veränderungen im Verhalten deines Kindes, die Dir Sorgen machen?

War dein Kind bezogen auf die aktuellen Beschwerden bereits in therapeutischer und oder ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wann - und welche Methoden wurden angewendet, bzw. welche Ansätze verfolgt?

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



3. Gesundheit und Entwicklung

Hat dein Kind chronische Krankheiten oder langanhaltende Beschwerden?

Gibt es Allergien und/oder Unverträglichkeiten?

Wie ist der Schlaf deines Kindes?

4. Impfungen und Krankheitsgeschichte

Welche Impfungen hat dein Kind erhalten? *(Bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6-fach Impfung | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> MMRV |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 | <input type="checkbox"/> Zecken |
| <input type="checkbox"/> Weitere: _____ | | | |

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Welche Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten hatte dein Kind bereits? *(Bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> 3-Tage Fieber |
| <input type="checkbox"/> HFMD | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber | |

Mandeln

- noch vorhanden OP häufig entzündet

Hat dein Kind Narben? Wenn ja, wo?

Wann und wodurch sind diese entstanden?

5. Familiäre und soziale Entwicklung

Gibt es Konflikte oder Belastungen im familiären Umfeld?

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Wie ist das Verhältnis deines Kindes zu anderen Familienmitgliedern?

Gibt es Probleme im sozialen Umfeld?

(z. B. Schule, Freundschaften, Verein)

6. Elektrosmog

Welche Elektrogeräte befinden sich im Zimmer und im Schlafbereich deines Kindes?

Besitzt dein Kind ein eigenes Smartphone?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange durchschnittlichen sind circa die täglich Bildschirmzeiten?

_____ Minuten täglich

Hat dein Kind einen eigenen Fernseher, Computer und/oder ein Tablett?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange durchschnittlichen sind circa die täglich Bildschirmzeiten?

_____ Minuten täglich

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



7. Sonstiges

Gibt es weitere Hinweise und Informationen, die für die Therapie wichtig sein könnten?

Welche Veränderungen wünschst Du dir durch unsere Behandlung(en)?

Bitte lass mir diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt per E-Mail an mail@jf-therapie.de, oder als Foto per WhatsApp unter 0171 7716473 zukommen.

Vielen Dank für dein Vertrauen!