

Gesundheitsfragebogen

Integrale & Zeremonielle Begleitung

Dieser Fragebogen dient Ihrer Sicherheit. Bitte füllen Sie ihn vollständig und wahrheitsgemäß aus. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Notfallkontakt (Name & Telefon): _____

Aktueller Gesundheitszustand

Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Befriedigend ☐ Schlecht

Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Bluthochdruck (Hypertonie)? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an niedrigem Blutdruck (Hypotonie)? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Herzerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Epilepsie oder hatten Sie Krampfanfälle? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Asthma oder andere schwere Atemwegserkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie ein Magengeschwür oder schwere Magen-Darm-Probleme? ☐ Ja ☐ Nein

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Psychische Gesundheit

Haben Sie eine diagnostizierte psychische Erkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika, etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit psychotische Episoden? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an schweren Angststörungen oder Panikattacken? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie aktuell oder hatten Sie suizidale Gedanken? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen (Schizophrenie, Bipolare Störung)? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitte erläutern Sie:

Medikamente & Substanzen

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Falls ja, welche (inkl. Dosierung)?

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche Präparate oder andere Substanzen?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie oft und wie viel? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja: _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie andere Substanzen (Cannabis, etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche und wie oft? _____

Spezifisch für intensive Methoden

Kambo, Holotropes Atmen

Haben Sie bereits Erfahrung mit Kambo? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie bereits Erfahrung mit holotropem oder intensivem Atmen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Erfahrung mit psychedelischen Substanzen oder erweiterten Bewusstseinszuständen? ☐ Ja ☐ Nein

Gab es dabei jemals Komplikationen oder schwierige Erfahrungen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie schwierige Erfahrungen hatten, beschreiben Sie diese bitte:

Aktuelle Lebenssituation

Befinden Sie sich aktuell in einer akuten Krise oder schwierigen Lebenssituation? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte beschreiben: _____

Gibt es sonst etwas, das für die Session wichtig sein könnte (Allergien, Ängste, körperliche Einschränkungen, etc.)?

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben meine Gesundheit gefährden können. Ich wurde über mögliche Risiken der gewählten Methoden informiert und habe Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen.

Ich nehme freiwillig an der Session teil und bin mir bewusst, dass dies keine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung ersetzt. Bei gesundheitlichen oder psychischen Problemen wende ich mich an entsprechende Fachpersonen.

Ich entbinde Maximilian Strobel von der Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt/Therapeuten, falls dies in einem Notfall erforderlich sein sollte.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen vor der Session an:

kambo.praktiker@gmail.com