

Dokumentation I - Klient(Bitte einsenden an Dokumentationszentrum: Dr. Christa Wirkner-
Thiel, Rodigallee 28, 22043 Hamburg - E-Mail: prana@drwt.de)

Alle Angaben sind streng vertraulich!

Prana-Anwender

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Klient

Geburts-Datum: _____

Geschlecht: _____

Behandelnde(r) Arzt/Ärzte: _____

Dokumentation - Teil 1 (auszufüllen vom Klienten)**Anamnese, Vorgeschichte, Beschreibung der Beschwerden****Bisher erhobene ärztliche Befunde****Zusätzliche oder vorausgehende Behandlungen**

Erfolg der Anwendung	Vollständig	Viel besser	Besser	Leicht besser	Keine Änderung
Einschätzung des Klienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Veränderung(en) / Verbesserung(en)

Dokumentation II - Anwender(Bitte einsenden an Dokumentationszentrum: Dr. Christa Wirkner-
Thiel, Rodigallee 28, 22043 Hamburg - E-Mail: prana@drwt.de)

Alle Angaben sind streng vertraulich!

Dokumentation - Teil 2 (auszufüllen vom **Prana-Anwender**)

Anzahl der Anwendungen	Zeitraum		Status		
	von	bis	abgeschlossen	vorläufig abgeschl.	abgebrochen
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum d. Anwend.	Dauer d. Anwend.	Grund-techniken	Fortgeschr. Techniken	Psycho-Prana	Bemerkungen
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Verlaufsbeschreibung während der Anwendung(en)

Zustand nach der/den Anwendung(en)

Erfolg der Anwendung	Vollständig geheilt	Nachhaltig und deutlich besser	Nachhaltig besser	Kurzzeitig besser
Einschätzung des Anwenders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besserung, Nachhaltigkeit unklar	Keine Besserung	Verschlechterung	Unklar, keine Rückmeldung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen

Datum, Unterschrift (Anwender): _____