



Dokumentation Reikibehandling (friskvård)

Reikiutövare:..... Behandling utförd:.....-.....-.....
(år – månad – dag)

Klient (kodat: t ex 024).....

De mätningar som utförs i denna kvalitetssäkring är helt subjektiva och gör inte anspråk på att vara en absolut sanning. Dokumentationen är ett hjälpmedel för att se hur Reiki *påverkar klientens välmående* och för att *utvärdera Reikins effekter*. Klientens kodnummer och personuppgifter skall alltid hållas åtskilda och alla uppgifter som rör klienter skall förvaras på ett sådant sätt att **maximal sekretess och informationssäkerhet** kan upprätthållas.

Sidan 3 kan kopieras för efterföljande behandlingar.

Före behandlingsstart

Information om klienten:

Kvinna Man

Ålder:

< 20 21–30
 31–40 41–50
 51–60 > 61

1. Hur upplever klienten sitt **fysiska välmående** före behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hur upplever klienten sitt **psykiska välmående** före behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Upplever klienten **spänningar** i kroppen före behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket spänd och 10 = nej, helt avslappnad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Upplever klienten **smärta** i kroppen före behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket ont och 10 = nej, helt smärtfri)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Direkt efter behandling nr.....

Datum.....
(år – månad – dag)

1. Hur upplever klienten sitt fysiska välmående efter behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hur upplever klienten sitt psykiska välmående efter behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Upplever klienten spänningar i kroppen efter behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket spänd och 10 = nej, helt avslappnad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Upplever klienten smärta i kroppen efter behandlingen? (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket ont och 10 = nej, helt smärtfri)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Övriga uppgifter: (Behandlarens kommentarer)

Övriga uppgifter: (Klientens kommentarer)

Har klienten endast kommit på en (1) behandling – gå direkt till sidan 4.

Före behandling nr..... (uppföljning)

Datum.....(år – månad – dag)

Ställ följande frågor till klienten *innan* behandlingen påbörjas:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Mindre trött? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | (Sätt ett kryss!) |
| Sover bättre? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Mindre stressad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Bättre koncentrationsförmåga? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Högre energinivå/piggare? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| På bättre humör? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |

Direkt efter behandling nr.....

Datum.....
(år – månad – dag)

1. Hur upplever klienten sitt **fysiska välmående efter behandlingen?** (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hur upplever klienten sitt **psykiska välmående efter behandlingen?** (Sätt ett kryss!)
(1 = lågt och 10 = mycket gott)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Upplever klienten **spänningar i kroppen efter behandlingen?** (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket spänd och 10 = nej, helt avslappnad)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Upplever klienten **smärta i kroppen efter behandlingen?** (Sätt ett kryss!)
(1 = ja, mycket ont och 10 = nej, helt smärtfri)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Övriga uppgifter: (Behandlarens kommentarer) -----

Övriga uppgifter: (Klientens kommentarer) -----

Kopiera denna sida för att använda till flera behandlingar.

