

Liebe/r Patient/in,

wir sind verpflichtet, einige Daten zu dokumentieren. Um die Behandlungszeit effektiver nutzen zu können, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen vor der Behandlung selbständig auszufüllen. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig:

Name: ..... Alter: ..... Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse oder Handynummer (wenn gewünscht): .....

Sind Sie

- ☐ Selbstzahler
- ☐ Selbstzahler mit privater Zusatzversicherung (für Heilpraktikerleistungen)
- ☐ privat versichert?

Waren Sie schon bei uns zur Behandlung?

Ja ☐ nein ☐ wenn ja: wann? .....

Aktuelle Beschwerden:

.....  
.....

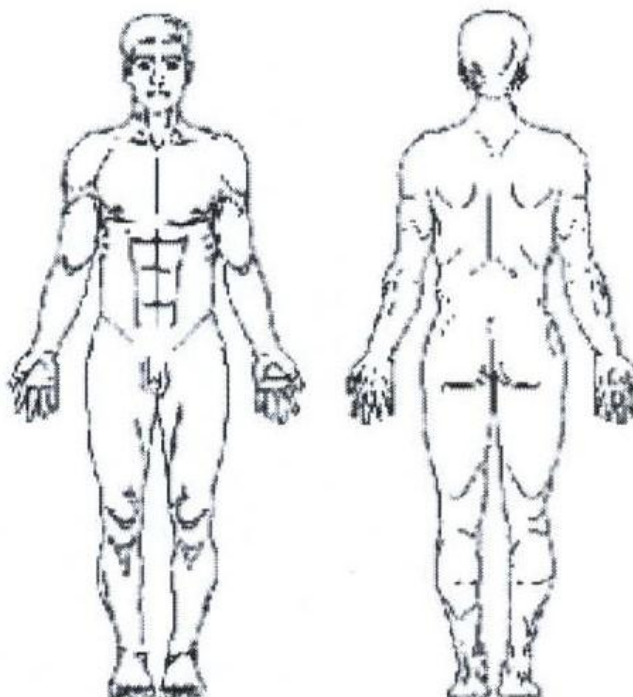
Wann sind diese aufgetreten, was war der Auslöser? Wurden Sie operiert, waren Sie im Krankenhaus?

.....  
.....

Haben Sie weitere (chronische) Erkrankungen?

.....  
.....

Hier können Sie Narben, Verletzungen und Schmerzen einzeichnen:



Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?

.....  
.....

Nehmen Sie Medikamente? Welche und wofür? Bei Bedarf oder dauerhaft?

.....  
.....

Erhalten Sie momentan weitere Behandlungen/Therapien?

.....  
.....

Welchen Beruf üben Sie aus, oder haben Sie ausgeübt? Beeinflusst die aktuelle Situation Ihre Arbeitsfähigkeit?

.....  
.....

Sind Sie aktuell in Ihrem Alltag eingeschränkt? Wobei?

.....  
.....

Haben Sie Hobbys, machen Sie Sport?

.....  
.....

Nutzen Sie Hilfsmittel? (Gehhilfe, Greifzange, Kompressionsstrümpfe etc.)

.....  
.....

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

.....  
.....

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

☐ ja ☐ nein

Sonstige Anmerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Datum

.....

Unterschrift

.....