



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

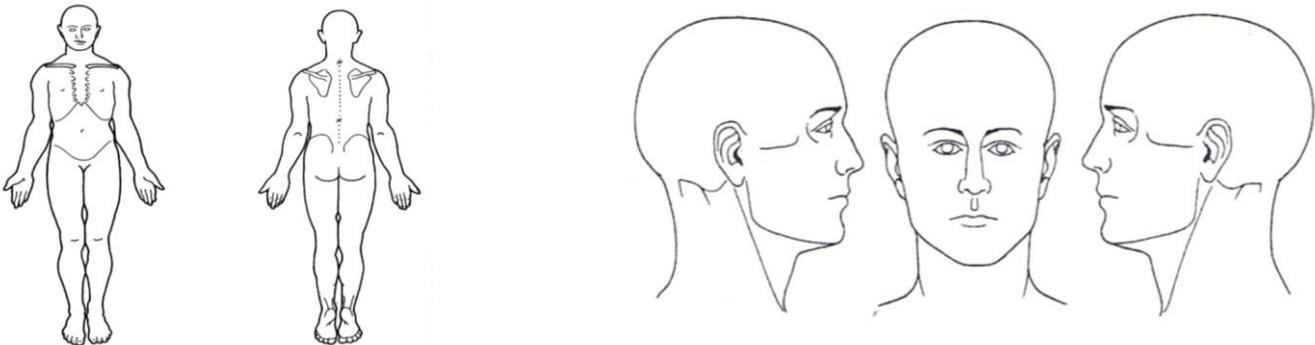
Versicherung: _____ Wie wurden sie auf uns aufmerksam: _____

Beruf: _____ Sport/ Hobby: _____ Hausarzt: _____

Eine **Absage** muss spätestens **24 Stunden vor der Behandlung** erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagt Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkasse an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Datum, Unterschrift: _____

1.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? (bitte einzeichnen)



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja nein

5.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein

6.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

8.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____

9.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Wärme, etc.)? _____

Bitte wenden

