

Aufnahmeformular

Füllen Sie das Aufnahmeformular bitte aus und nehmen Sie es zu Ihrem Ersttermin mit.

Personenangaben

Vorname: _____

Nachname: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung ja nein

Welche: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragen:

Haben Sie Schmerzen? _____

Wo sind Ihre Schmerzen? _____

Auf einer Skala von 1 bis 10 Wie stark sind Ihre Schmerzen? _____

Wurden bei Ihrem Problem bereits Abklärungen / Therapien gemacht?

Patientenfragen:

Leiden oder litten Sie unter	momentan	früher
Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herz- / Kreislaufstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krebs/Tumor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atemschwierigkeiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Psychische Krankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals eine Operation?

ja nein

Hatten Sie jemals einen Unfall?

ja nein

Wurde bei Ihnen schon Röntgenaufnahmen oder ein MRI gemacht?

ja nein

Treiben Sie regelmässig Sport?

ja nein

Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Notizen Therapeut:
